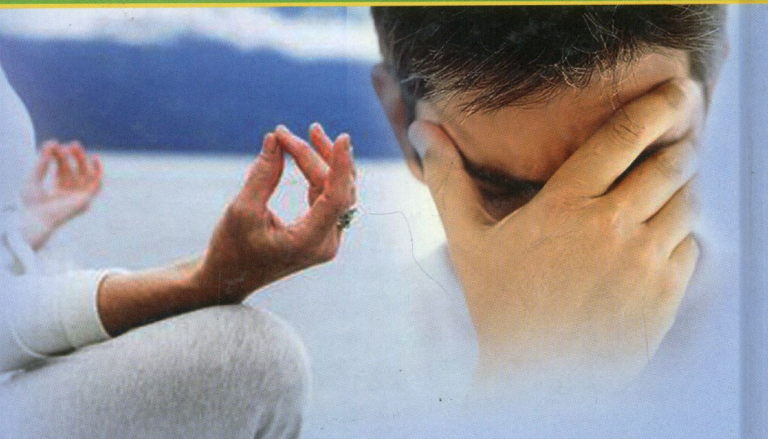


الاستراتيجيات الإرشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية

د. حدة يوسفي

دار أسامة للنشر والتوزيع

الإستراتيجيات الإرشادية

لتخفيف الضغوط النفسية

و

تنمية الصحة النفسية

تأليف

د. حدة يوسفي

عضو هيئة التدريس بقسم علم النفس وعلوم التربية

جامعة الحاج لخضر باتنة ـ الجزائر

دار أسامة للنشر والتوزيع

الأردن – عمان

نبلاء ناشرون وموزعون

الأردن – عمان

الناشر

دار أسامة للنشر و التوزيع

الأردن — عمان

- هاتف : 5658252 – 5658253
- فاكس : 5658254
- العنوان: العبدلي- مقابل البنك العربي

ص. ب : 141781

Email: darosama@orange.jo

www.darosama.net

نبلاء ناشرون وموزعون

الأردن — عمان- العبدلي

تليفاكس 5664085

الطبعة الأولى

2016م

الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
(2472/ 6/ 2015)

155.9042 يوسفي، حدة بلقاسم

الاستراتيجيات الإرشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية/حدة بلقاسم يوسفي.- عمان: دار أسامة للنشر، 2015.

( ) ص.

ر.أ : (2472/ 6/ 2015)

الواصفات: /علم النفس//المشاكل الاجتماعية//علم النفس/

ISBN: 978-9957-22-659-6

الفهرس

المحتويات	الصفحة

الفصل الثاني

الفصل الثالث

مقدمة:

لقد أصبحت الضغوط النفسية سمة للحياة المعاصرة وتجربة يعيشها الفرد بشكل يومي وذلك نتيجة للتغيرات والتبدلات والتعقيدات السريعة والمتعددة في محيطه، ولقد أدى هذا التزايد في الضغوط إلى أن أطلق بعض الباحثين على هذا العصر عصر الضغوط النفسية.

إن وقوع الأفراد تحت طائلة الأحداث الضاغطة يسبب لهم الكثير من المعاناة وفقدان الإتزان النفسي وبذلك الإصابة بالعديد من الأمراض النفسية وحتى الجسدية، من هنا أصبح موضوع ضغوط أحداث الحياة من المواضيع التي تثير إهتمام الباحثين على إختلاف تخصصاتهم لما لاحظوه من أثارها السلبية على حياة الأفراد، حتى أنهم أطلقوا عليها إسم مرض العصر أو القاتل الصامت.

ولما كانت الضغوط النفسية ظاهرة حتمية الوجود في حياة الإنسان بصفة عامة وحياة الإنسان المعاصر بصفة خاصة و ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يعايشها الفرد في أوقات مختلفة وتتطلب منه توافقاً وإعادة توافق مع البيئة المحيطة به، اذ لا مهرب منها أوالعيش بمنأى عنها، لأن ذلك يعني نقصاً في فاعليته وقصور في كفاياته ومصادره النفسية والاجتماعية.

ومع مرور الوقت وتقدم العلوم وتطور التكنولوجيات بشكل جعل العديد من الآثار السلبية لها تبرز وتظهر بين الأفراد، أصبح لزاما على العلوم الإنسانية و علم النفس خاصة أن يتعدى طور الوصف والتحليل إلى ما بعده من التدخل بكل مستوياته، سواء على المستوى العلاجي أو المستوى الوقائي أو الإنمائي، حيث تتنوع أشكال هذا التدخل من الجلسات الطويلة إلى الإستشارات السريعة، ومن الإرشاد الفردي إلى الإرشاد الجماعي، وينبثق عن الإرشاد الجماعي ما يسمى بالبرامج الإرشادية والتي تعرف بأنها برامج مخططة منظمة في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فرديا وجماعيا بهدف مساعدة الأفراد على تحقيق النمو والصحة النفسية.

وبما أن مرحلة الشباب حسب بعض الباحثين هي الثمرة الحقيقية للعمر، ففيها يتم تحقيق الذات إذا ما أعد الفرد لها العدة ووضع لها الأهداف والخطط التي يحقق بها النجاح والتميز، كما تعتبر مرحلة مهمة يتحمل فيها الشباب المسؤولية ويتجه فيها نحو الاستقلالية. ولكن زيادة أعباء الحياة النفسية والإجتماعية والإقتصادية والأسرية والمهنية والدراسية والعاطفية على عاتقهم تؤدي بهم إلى الإضطراب وسوء التوافق النفسي، حيث نجد أن الكثير

منهم ينجح في إستيعاب هذا النمو المتسارع لمتطلبات الحياة بدرجة كبيرة؛ لكنه في سعيه هذا قد يفقد قدراته الجسدية والنفسية ومقاومته على التحمل مما يؤدي إلى إستنزاف طاقته وتدميرها وبذلك الإصابة بالإضطراب والمرض النفسي.

من هنا تتفق الباحثة مع العديد من الباحثين أن أهم ما يميز شخصية عن أخرى في قدرتها على المقاومة والتصدي هي إمتلاك الفرد لخصائص وسمات شخصية وإجتماعية وبيئية تؤهله للتعامل مع ما يمر به من ظروف متغيرة وأحداث جديدة في حياته، وينتج عن هذه الخصائص أساليب إيجابية للتوافق تساعد الفرد على التعامل سلوكياً ومعرفياً مع هذه الأحداث، وكيف يتأقلم مع الأوضاع الجديدة، فبعض عوامل الحياة تشكل عبئاً على أنماط معينة من الشخصيات في حين تستطيع أنماط أخرى تحملها ومن ثم تصريفها بالشكل الذي لا يترك أثراً لدى الفرد.

وهذا التباين في الشخصيات يعود بالدرجة الأولى إلى إمتلاك الفرد لما يطلق عليه المتغيرات الواقية من الضغوط او متغيرات صحية، هذه الأخيرة من شأنها إحداث التوازن النفسي والجسدي للفرد، و يطلق روس و كوهين (Cohen&Rose) عليها إسم العوامل المخففة و يشيران الى أنها " تلك المتغيرات التي من شأنها التخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد لأحداث الحياة الضاغطة". ويلخصها الباحثون في جملة من الخصائص كالصلابة والإستقلالية وتقدير الذات المرتفع وكذلك المتغيرات الإجتماعية كالمساندة والدعم الإجتماعي والأسري.

وإنطلاقاً من أن الإرشاد النفسي علم يترجم مفرداته وأطروحاته النظرية إلى تطبيقات وإجراءات عملية فعالة يحتاجها المجتمع في سياق ظروف ومتغيرات متعددة تفترض وجود أفراد لديهم من المهارات والقدرات والسمات ما يؤهلهم للتعايش مع تلك المتغيرات، جاءت إمكانية تدريب مرتفعي الضغوط، على خفضها، وهذا ما دفع الباحثة إلى المضي قدماً في تصميم برنامج إرشادي لتنمية بعض المتغيرات الواقية من الضغوط التي بدورها تساهم في خفض الضغوط لدى طلبة الجامعة، ناهيك عن رغبة الباحثة في تخطي مرحلة الوصف والتحليل إلى مرحلة التطبيق الميداني للبرنامج على عينة من الطلبة مرتفعي الضغوط النفسية.

وفي هذا السياق إهتم الباحثون والمتخصصون في ميدان الصحة النفسية عامة والإرشاد النفسي خاصة بإعداد برامج متنوعة للتدخل الإرشادي والعلاجي للتخلص من الضغوط النفسية، وتستند هذه التدخلات إلى نظريات ومدارس الإرشاد والعلاج

النفسي، ومما هو جدير بالذكر أن ميدان الإرشاد والعلاج النفسي يزخر بإتجاهات إرشادية وعلاجية متعددة وفعالة في إدارة الضغوط، ومن بين هذه التدخلات الإرشادية.المدخل المعرفي السلوكي الذي يركز على العمليات المعرفية لما لها دور هام في تشكيل سلوك الفرد وإنفعالاته، ويقوم التدخل المعرفي السلوكي بوجه عام على فكرة مفادها أن الأحداث التي يواجهها الفرد في ذاتها لا تسبب له الضغط أو القلق وإنما إدراكه وتفسيره لهذه الأحداث.

وبوجه عام تأتي أهمية التدخل المعرفي السلوكي بوصفه شكلا من أشكال الإرشاد النفسي يركز بشكل مباشر على فحص وتحديد الأفكار والإعتقادات السلبية والخاصة لدى الفرد والتي تتسبب في حدوث الضغط لديه وذلك بهدف محاولة تغييرها ودحضها وإستبدالها بأفكار أكثر إيجابية ومنطقية إنطلاقا من أن الطريقة التي يفكر بها الفرد تؤثر في سلوكه وعلى إستجاباته الإنفعالية، ولذلك يختلف الأفراد في تفسيرهم للحدث الواحد مما يؤدي إلى تباين النتائج الإنفعالية والأنماط السلوكية لديهم.

وإستنادا إلى دور العوامل المعرفية في إحداث الإضطرابات والمشكلات النفسية فقد ظهرت عدة طرق للإرشاد تهدف بشكل أساسي إلى إحداث تغيير في تفكير الفرد وتعديل معارفه وطريقة تقييمه للأحداث وخفض الآثار السلبية الناجمة عن الضغوط.

ويتدرج تحت مظلة الإرشاد المعرفي السلوكي ثلاثة إتجاهات رئيسية وهي إتجاه (آرون بيك) للإرشاد المعرفي، وإتجاه (ألبرت أليس) للإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، وإتجاه (ميكينبوم) التعديل المعرفي للسلوك ولكل من هذه الإتجاهات أهدافها وفنياتها وإجراءاتها في تحقيق الأهداف. ولمعالجة هذا الموضوع تم تناوله في شقيه النظري والميداني .

وقد جاء الكتاب في ثلاثة فصول:

الفصل الاول: سيكولوجية الضغوط النفسية وقد تم تناولها في جزئين الاول منه يتناول ماهية الضغوط من خلال تعريفها والتعرف على ابعادها ومكوناتها ومصادرها، ثم تصنيفا لأنواع الضغوط كما يتطرق الى النظريات والنماذج المفسرة للضغوط ثم اهم العوامل المرتبطة بادراك الضغوط النفسية وأخيرا الاثار المترتبة والناجمة عن الضغوط النفسية على الصحة النفسية والجسدية .

اما **الجزء الثاني** من الفصل فقد كان بعنوان الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة وقد تم التطرق فيه الى التعريف بمرحلة الشباب الجامعي، وطبيعة ضغوط الحياة الجامعية ثم تعريفا بالضغوط لدى الطالب الجامعي ومصادرها ومظاهرها واعراضها لدى الطالب واخيرا الفروق بين الجنسين في الضغوط النفسية.

وجاء **الفصل الثاني بعنوان:** بعض متغيرات الصحة النفسية وقد تم تقسيمه الى ثلاثة اجزاء كما يلي:

الجزء الاول تناول استراتيجيات المواجهة وذلك من خلال تقديم تعريفاته للمفهوم، مصادر المواجهة ومحدداتها، المداخل النظرية المفسة للمواجهة ثم المواجهة باعتباها عاملا او متغيرا من متغيرات الصحة ودورها الوقائي من الضغوط النفسية .

كان **الجزء الثاني** تحت عنوان الصلابة النفسية حيث تم التطرق الى تعريف الصلابة النفسية، نشأتها، ابعادها، النماذج النظرية المفسرة للصلابة، خصائص الافراد مرتفعي خاصية الصلابة ومنخفضيها، ثم الفروق بين الجنسين في الصلابة النفسية واخيرا الصلابة النفسية كمتغير واقي من الضغوط النفسية .

الفصل الثالث: بعنوان استراتيجيات الارشاد المعرفي السلوكي لتخفيف الضغوط النفسية تم تناوله في اربعة اجزاء متكاملة جاءت كما يلي الجزء الاول بعنوان ماهية الارشاد المعرفي السلوكي والجزء الثاني تناولنا فيها الاتجاهات النظرية للارشاد المعرفي السلوكي وقد ركزنا على ثلاثة اتجاهات كبرى وهي: نظرية آرون بيك في الارشاد المعرفي ووجهة نظرها في تفسير وعلاج الضغوط النفسية اما الاتجاه الثاني فهو اتجاه الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لالبرت اليس ووجهة نظره في تفسيره وعلاجه للضغوط النفسية، اما الاتجاه الاخير فهو التعديل المعرفي السلوكي لدونالد ميكنبوم ووجهة نظره ايضا في تفسير وعلاج الضغوط النفسية دون ان ننسى التعريج على التعريف بصاحب النظرية ومفاهيمها الاساسية و منطلقاتها الفلسفية والفكرية واهم استراتيجياتها العلاجية .

وفي الأخير اتمنى ان يقع هذا العمل العلمي الأكاديمي تحت أضواء مطالب القارئ العربي ويفيده في توضيح معالم الضغوط النفسية واستراتيجيات التعامل معها وتوضيح كيفية تنمية بعض معالم وأبعاد الصحة النفسية من خلال استراتيجيات الإرشاد النفسي.

المؤلفة

الفصل الأول

سيكولوجية الضغوط النفسية

لقد أصبحت الضغوط النفسية سمة للحياة المعاصرة وتجربة يعيشها الفرد بشكل يومي وذلك نتيجة للتغيرات والتبدلات والتعقيدات السريعة والمتعددة، ولقد أدى هذا التزايد في الضغوط إلى أن أطلق بعض الباحثين على هذا العصر عصر الضغوط النفسية، ولقد أشار بعض الباحثين إلى أن الضغوط ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يختبرها الإنسان في أوقات مختلفة، وتتطلب منه توافقاً أو إعادة توافق مع البيئة المحيطة وبالتالي فنحن لا نستطيع الهروب منها، لأن ذلك يعني أن هناك نقصاً في فاعليات الفرد وقصور في كفايته فلا حياة بدون ضغوط. ويمكن القول أن الضغوط النفسية تولد نتيجة فشل الفرد في التكيف مع المطالب المفروضة عليه في معظم الأحيان الأمر الذي يجعله أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات النفسية والجسمية والمعرفية، مع الإشارة إلى أنه ليس بالضرورة أن تكون جميع الآثار المحتملة للضغوط سلبية بل يمكن أن تكون إيجابية بحيث تدفع الفرد إلى تحقيق ذاته وإلى السرعة في الإنجاز والأداء وهذا التزايد في الإهتمام بموضوع الضغوط النفسية دفع الباحثون إلى زيادة الإهتمام بدراستها ومحاولة التعرف على مصادرها والتنبؤ بها، لذلك سيأتي هذا الفصل لتوضيح المفهوم.

أولا- ماهية الضغوط النفسية:

1- مفهوم الضغوط النفسية:

إن مصطلح الضغط كأي مفهوم علمي قد عانى من الخلط والتداخل ليصبح مفهوم ومعروفا ومحددا، وقد تطور الإهتمام بتحديد مفهوم الضغط عبر عدة علوم شملت علم الإجتماع والأنثروبولوجيا وعلم الفسيولوجيا...الخ، وظهر إتجاهين أساسيين أزدهر من خلالهما البحث في موضوع الضغوط، الأول تطور من خلال المنظور الفسيولوجي، أما الإتجاه الثاني فقد إرتكز على الجانب النفسي والإجتماعي وكلا الجانبين أسهما في فهم الضغط، إلا أن الجهود المبذولة للتكامل بين الإتجاهين ما تزال بسيطة . (سالم، 1996، 108).

لذلك فقد تباينت وجهات نظر الباحثين فيما يخص تعريف الضغوط لاسيما في ظل إستخدام البعض لمصطلح الضغط بصورة متداخلة مع مصطلحات أخرى بديلة وهذا ما يؤكده ميكانيك (Mechanic) في إشارته إلى أن بعض الباحثين يستخدمونه بصورة متداخلة في معناه مع متغيرات أخرى كالشعور بالضيق، والقلق وغيرها، ولذا كان من الصعب تحديد تعريف شائع متفق عليه لهذا المصطلح". (شلوف، 2005، 40).

لذلك يعتبر إيجاد تعريف محدد ودقيق لمفهوم الضغط من أكثر المشكلات التي يواجهها الباحثون، ويرجع ذلك لإختلاف المناحي التي إهتمت بدراسة هذا المفهوم ويبدو أن المصطلح مشتق من الكلمة اللاتينية Strainger (بمعنى إثارة الضيق وأستخدمت خلال القرن 17 لوصف الشدة أو الضيق أو الحزن وفي أواخر القرن 18 أشارت إلى القوة أو الضغط، أو التوتر ...الخ. (الطريري، 13، 1994).

في حين يذكر البعض أن مصطلح الضغط قد أشتق من الكلمة الفرنسية distress والتي تشير إلى الإختناق والشعور بالضيق أو الظلم وقد تحولت في الإنجليزية إلى distress والتي أشارت إلى معنى التناقض بحيث صارت الكلمة تحمل بدل النتيجة الإنفعالية للضغط السبب الأساسي أي القوة، الضغط، الثقل الذي يؤدي إلى توتر المادة أو تشوهها بمرور الزمن، ويمكن القول أن المصطلح في الأصل أستخدم للتعبير عن معاناة وضيق أو إضطهاد . (فونتانا، 1993، 12).

وقد إستخدمت كلمة stress للتعبير عن معاناة وضيق وإضطهاد، وهي حالة يعاني الفرد فيها من الإحساس يظلم ما. (عبد المعطي، 2006، 18).

وتجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من المصطلحات التي يستخدمها الباحثون العرب لتعريف كلمة الضغط فبالإضافة إلى الإجهاد تستخدم كلمة إنعصاب وشدة ومشقة وكرب وتوتر...الخ، ويستشف من ذلك أن الخلط كذلك طال المصطلح عند ترجمته ونحاول سرد الفروق بين مفهوم الضغط وبعض المفاهيم التي لها علاقة بها أو تستخدم مرادفة للإشارة إليها وهي:

1- **الإنعصاب أو الإنضغاط:** هو شعور بالمشقة يعانيه الفرد في حالة قيامه بتحقيق التوازن بين متطلبات البيئة الخارجية وإمكانياته الشخصية لإحداث التأقلم مع الموقف الضاغط الذي يجابهه.(عوض، 1988، 227)

2- **المشقة**: يذهب أحمد عبد الخالق (1993): إلى أن مفهوم المشقة " يشير إلى درجة مرتفعة من الضغوط الواقعة علينا في حياتنا اليومية والتي يمكن أن تضغط علينا أو تدفعنا أو تجذبنا ". (عبد الخالق، 1993، 16)

3- **التوتر strain**: يعبر عن الحالة التي يعانيها الفرد ويئن تحتها والتي تعبرعن ذاتها في الشعور بالإعياء والإنهاك والإحتراق الذاتي، ويعبر عنها الفرد بصفات مثل، أنا خائف، قلق، مشدود، متوتر، متوجس.الخ

4- **الضواغط stressores**: وتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي، الفيزيقي، الإجتماعي، النفسي، والتي يكون لها القدرة على إنشاء حالة ضغط ما. (عبد الخالق، 1993، 16)

5- **الإرهاق**: يرى سامر جميل رضوان "أن الإرهاق عبارة عن حالة بيولوجية تظهر بمجرد أن يحاول الفرد التلاؤم مع تلك التحديات والتغيرات في الحياة اليومية، وبذلك يمكن إعتبار الإرهاق هو نسبة الإستهلاك الحاصل للعضوية من خلال التفاعل مع الأحداث اليومية . (رضوان، 2007، 185)

6- **الإجهاد**: عبارة عن عبئ إنفعالي زائد، ناتج عن تعرض الفرد لمطالب زائدة تؤدي إلى الإنهاك البدني والنفسي. (جابر وكفافي، 1995، 3744)

7- **الإحتراق النفسيBurnaut** :حالة من الإنهاك والإستنزاف البدني والإنفعالي نتيجة التعرض المستمر لضغوط عالية ويتمثل الإحتراق النفسي في مجموعة الظواهر السلبية مثل التعب والإرهاق والشعور بالعجز وفقدان الإهتمام بالآخرين وبالعمل والكآبة والشك في العلاقات الإجتماعية والسلبية في مفهوم الذات. (عسكر، 2003، 102).

8- **الإحساس بالضغط**: إحساس الضغط أو الإنعصاب أو الإجهاد هوشعور الفرد بأنه مضغوط أو مشدود ويحدث عادة نتيجة لتعرضه لقوة في البيئة الخارجية، ومستقبلات الإحساس بالضغط قد تتداخل وتتشابك مع مستقبلات الألم بحيث يصحب أحد الإحساسين الآخر. (جابر وكفافي، 1993، 2936)

ومن خلال العرض السابق يتضح أن العامل المشترك بين المفاهيم السابقة على إختلافها إصطلاحيا هو العامل المشترك في إحداث حالة التوتر أو الإنضغاط أوالإجهاد أو الإرهاق أوالإحتراق النفسي والتي تعتبر مظاهر أو نتائج الشعور بالضغط.

وفي هذا الصدد يقترح (موريل) وسط فوضى الدلالات أو التسميات مفهوما للضغط فيقول " من أجل تفادي كل غموض نطلق لفظ ضغط Pression مرادفا لكلمة إجهاد Stress لوصف الحالات الخارجية عن نطاق الفرد ولفظ توتر Tension مرادفا للإجهاد في مدلول هانزسيلي لوصف تأثير الضغط على الفرد . (ستورا، 1997، 06)

ويمكن القول كذلك أن الضغط مفهوم مشتقا من الفيزياء ويشير إلى الحمل أو القوة التي تمارس ضغطها على الأجسام، وقد إستعاره علماء النفس للإشارة إلى درجة مرتفعة من الضواغط الواقعة على الإنسان في حياته اليومية والتي يمكن أن تضغط عليه وتدفعه أو تجذبه. (شلوف، 2005، 40).

وعلى الرغم من الكتابات المختلفة حول الموضوع من جانب المهتمين بالصحة النفسية والبدنية إلى أن لفظ الضغط أو الضغوط لا يعني الشيء نفسه لهم جميعا، وبمكن القول أن العامل المشترك في هذه التعريفات في المجالين المذكورين هو(الحمل) الذي يقع على كاهل الكائن الحي وما يتبعه من إستجابات من جانبه للتكيف مع التغير الذي يواجهه. (الشربيني، 2002، 69)

ولعل التعاريف التي سنوردها هنا ستوضح مدى الإختلاف بين الباحثين في رؤيتهم للمفهوم:

أ - تعريف الضغوط النفسية:

لغة: ضغط ضغطا وضغطة، عصره وضيق عليه، الضعطة (بضم الضاد) تعني الزحمة والضيق والشدة والمشقة، والضغطة (بفتح الضاد) القهر والضيق والإضطرار، ومنه ضعطة الغير أي تضييقه على المنبت. (عمار وآخرون، دس، 208)

إصطلاحا: تعرفه بدرية أحمد (1992): بأنه إدراك الإنسان لعدم قدرته على إصدار إستجابات مناسبة (تكيفيه) للمواقف الحياتية التي يقابلها كمواقف الحياة الضاغطة التي تتطلب إستجابة، فإما أن ينجح في إحداث إستجابة مناسبة يتغلب بها على تلك الضغوط، وإما الفشل في إحداث هذه الإستجابة. (أحمد، 1992، 18)

- **تعريف أحمد عكاشة (1992):** يرى أن الضغوط هي تحدي عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد وتعتمد كمية الشدة أو الإنعصاب اللازمة لنشأة الأمراض النفسية على تكوين وإستعداد الفرد الوراثي. (عكاشة، 1992، 35)

- **أما فرج عبد القادر طه وآخرون (1993):** فقد عرفوا الضغط على أنه يشير إلى وجود عوامل خارجة ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه وبدرجة تولد لديه إحساسا بالتوتر أو تشوها في تكامل شخصيته، وحينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك يفقد الفرد قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد". (طه وآخرون، 1993، 256)

- **وتعرفه شوقيه السمادوني(1993):** بأنه حالة نفسية تنعكس على ردود الفعل الداخلية الجسمية والسلوكية ناشئة عن التهديد الذي يدركه الفرد عندما يتعرض للمواقف أو الأحداث الضاغطة في البيئة المحيطة. (السمادوني، 1993، 45).

- **أما فؤاده محمد (1995):** فتعرف الضغط بأنه الحالة التي يتعرض فيها الكائن الحي لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعا من التوافق وتزداد تلك الحالة إلى درجة الخطر كلما إزدادت شدة الظروف.(محمد، 1995، 73).

- **أما دائرة معارف علم النفس (1996):** تعرف الضغوط بإعتبارها إستجابات فيزيولوجية ونفسية للمواقف والأحداث التي تفسد وتربك توازن الكائن الحي وهي تتولد من مصادر متعددة وتسبب إستجابات متنوعة بدرجة كبيرة بعضها سلبي والآخر إيجابي، وبالرغم من دلالتها السلبية فإن الكثيرون يعتقدون أن بعض مستويات الضغوط تعبر ضرورية للحصول على السعادة والصحة النفسية. (بهنسيي، 2005، 20)

- **أما نعمة أحمد عبد الكريم (1999)**: فترى الضغط بأنه حالة من الإضطراب الإنفعالي الداخلي أو عدم الإتزان النفسي، كما تستخدم الكلمة أحيانا للتعبير عن العوامل التي تمثل تهديدا للمرء وتؤدي إلى إضطراب سلوكه، كما تستخدم أيضا للتعبير عن مجموعة المتغيرات الخارجية التي تمثل تهديدا للمرء أو ضررا أو مضايقة مما يؤدي إلى إضطراب حالته النفسية والجسمية فيقال مثلا ضغوط العمل وضغوط الحياة وضغوط المرض...الخ. (عبد الكريم، 1999، 588).

- **كما يعرفها السيد كامل الشربيني (2003) بأنها**: ردود الفعل التي يبديها الفرد في حالة تعرضه لموقف ضاغط والإحساس المتزايد بالصدمة والشعور بالضيق والتوتر. (الشربيني، 2002، 69).

أما عن تعريف بعض الباحثين الغربيين للضغوط النفسية فنذكر منهم على سبيل المثال:

- **جال وآخرون (Gall & al1196l)**: يرون الضغوط بإعتبارها إستجابات فيزيولوجية ونفسية للمواقف والأحداث، والتي تفسد وتربك توازن الكائن الحي وهي تتولد من مصادر متعددة وتسبب إستجابات متنوعة بدرجة كبيرة بعضها سلبي والآخر إيجابي .

- **كما يشير ماك جراف (Macgraph1970)**: إلى الضغوط بأنها " إدراك الفرد لعدم قدرته على إحداث إستجابة مناسبة لمطلب هام ويصاحب ذلك مظاهر سلبية تكون مؤشرا لهذا الإدراك". (باركندي، 1993، 29).

- **أما ريتشارد لازاروس (Lazarus1976)**: فيعطي تعريفا موجزا للضغط حيث يقول " يحدث الضغط عندما تكون هناك مطالب على الفرد تفوق أو تزيد على إمكانياته التكيفية". (Boudarne, 2005,15)

- **تعريف ريس (Rees1976)**: يرى بأنه أي مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية تكون على درجة من الشدة والحدة والدوام بحيث تثقل القدرة التكيفية للكائن الحي إلى حده الأقصى والتي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي إلى إختلال السلوك أو عدم التوافق أو الإختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض وبقدر

إستمرار الضغط بقدر ما يتبعها من إضطراب جسمي ونفسي. (عبد المعطي، 2006، 20)

- أما كيرياكووسوتكليف (Kyriacou & Sutcliffe1978): فيريان بأنها" الإستجابة لزملة إنفعالات سلبية كالغضب والقلق والإكتئاب والتي يصاحبها عادة تغيرات فسيولوجية كزيادة ضربات القلب وزيادة نسبة بعض الهرمونات في الدم كرد فعل تنبهي للضغوط وكنتيجة لمتطلبات البيئة. (المحارب، 1993، 21)

- أما دالي (Daley1979): فيعرفها بأنها الحالة الناتجة عن عدم توازن بين مطالب الموقف وقدرة الفرد على الإستجابة لهذا الموقف". (Boudarne, 2005, 14)

- أما هانس سلي (Hans sely1982): الذي يعتبر رائد البحوث في مجال الضغوط فيعرفها بأنها" إستجابة جسدية عامة وغير محددة، وهذه الإستجابة تحدث عندما يعمل مطلب ما على الجسد سواء كانت حالة بيئية يجب تحملها أو مطلب نعمل بأنفسنا من أجل إنجازه كهدف شخصي". (عسكر، 2003، 24)

- أما كوكس (Cox1982): فيقترح تعريفا بناءا على النموذج الذي عرضه حيث يرى أن" الضغط ظاهرة إدراكية تنشأ من المقارنة بين مطلب يقع على الشخص وقدرته على التعامل معه، وهذا التفاعل يكون سيكولوجيا (معرفي-سلوكي) وأيضا فيزيولوجيا، وإذا كان هذا التعامل غير فعال فإن الضغط يمتد وقد يحدث إستجابات غير طبيعيه والتي بحدوثها والتعرض الممتد للضغط يؤدي إلى تلف وظيفي. (Cox,1982,25)

- تعرف مونات (Monat1985): الضغط النفسي بأنه" حالة تنتج عن حاجة حقيقية تجعل الفرد غير قادر على التكيف مع متطلبات البيئة التي تظهر بشكل جزئي من خلال ردود أفعاله.

- تعريف إتكنسون (Atkinson1989): يرى الضغط النفسي بأنه "متطلبات تفوق قدرات الفرد، كما يرى بأنه مجموعة المثيرات التي يتعرض لها الفرد بالإضافة إلى الإستجابات المترتبة عليها وكذلك تقدير الفرد لمستوى الخطر وأساليب

التكيف مع الضغط والدفاعات النفسية التي يستخدمها الفرد في مثل هذه الظروف". (مهدي، 1995، 10)

- أما كوبر (Cooper1995): فيرى الضغط بأنه عدم تكافؤ إمكانات الفرد مع المتطلبات البيئية الموضوعة على عاتقه أو الظروف التي يواجهها، وقد تحدث المشكلة عندما تكون قدراته غير كافية لمواجهة المتطلبات الجسمية أو الإجتماعية .

- أما مايرس (Mayers1996): فيعرف الضغط النفسي" على أنه العملية التي يتم من خلالها تثمين الأحداث البيئية وتفسرها على أنها مهددة أو تحمل تحديا للعضوية وتحديد كيفية التعامل والتكيف مع هذه الأحداث" . (العويضة، 2006، 12)

تعقيب: من خلال ما تم عرضه من تعاريف للضغط النفسي نستنتج الإختلاف الواسع بين الباحثين في رؤيتهم للمصطلح، حيث أن ما تم عرضه هوجزء بسيط للعديد من التعاريف التي تم جمعها وفي هذا الصدد كتب عددا من أعضاء هيئة المعهد الطبي بنيويورك من خلال مراجعتهم لمجموعة من البحوث حول الضغوط أجريت على مر خمس وثلاثين سنة مايلي: " أنه لا يوجد أحد قد صاغ تعريفا للضغوط يكون شافيا ومرضيا ويكون كاملا ومتفقا عليه بالنسبة لغالبية الباحثين في مجال الضغوط . (Wade et tavris,1987, 542)

وهذا ما يصدق على مجموع التعاريف التي تم عرضها حيث يظهر الإختلاف بينها واضحا حيث أنه لا نجد على الأقل تعريفين يتفقان، إلا أن الملاحظ لها يرى أن الباحثين في تعريفهم إنقسموا إلى ثلاث مجموعات وهي:

المجموعة الأولى: وتنظر إلى الضغط بإعتباره مثيرا أو حدثا خارجا عن الفرد ومنها: تعريف أحمد عكاشة، فؤاده محمد، فرج عبد القادر طه وآخرون، نعمة أحمد عبد الكريم، ريس ...الخ. أو هو السبب الذي يؤدي إلى حدوث إستجابة معينة.

أما المجموعة الثانية: فهي تنظر إلى الضغط بإعتباره إستجابة لمثير مزعج أو مهدد ومن هذه التعاريف نجد جال وآخرون، هانز سيلي، شوقيه السمادوني، السيد كامل الشربيني...الخ.

أما المجموعة الثالثة: فهي تنظر إلى الضغط بإعتباره علاقة بين الفرد والبيئة ويعكسها إنخفاض التلاؤم بينهما مما يسبب للفرد التهديد وعدم الإتزان ومن التعاريف، مايرس، كوبر، مونات، بدرية أحمد، دالي، كوكس، لازاروس.

2- مكونات وأبعاد الضغوط النفسية :

مما تقدم تبين أن الضغط هومفهوم خلافي بين الباحثين، تارة ينظر إليه بوصفه مثيرا وتارة أخرى إستجابة وتارة ثالثة بوصفه متغيرا وسيطا، في حين تشير البحوث الحديثة إلى أنه منظومة (نظاما) لمجموعة من المتغيرات والمكونات التي تحدده، ويتفق مع الرأي السابق سبيلبرجر(Spielberger1979) إذ يرى أن الضغط كمفهوم يتكون من مجموعة أبعاد تتمثل في مصدر الضغط وهويبدأ بمثير يحمل تهديدا أو خطرا نفسيا أو جسميا والثاني: هوإدراك الفرد للمثير والذي يعني إضفاء المعنى على الخبرات التي يكتسبها الفرد عن طريق التنشئة الإجتماعية والتدريب والتعلم" . (باركندي، 1993، 28)

وأخيرا الإستجابة (رد الفعل) وهذه الإستجابة تكون فيزيولوجية ونفسية وسلوكية وفيما يلي توضيح بجميع مكونات وأبعاد الضغوط: (محمد، 2003،249،250)

1- المثيرات:

وتشمل جميع التغيرات التي تكون في محيط الفرد والتي تتم داخله وتؤثر في توجيه سلوكه، فمثيرات الضغط هي الأحداث والمواقف التي يتعرض لها الفرد وتتطلب منه جهودا توافقية وتشمل على كل من أحداث الحياة اليومية(الصغرى) التي يتعرض له الفرد في حياته اليومية(منغصات)، وكذا أحداث الحياة الكبرى وهي تتضمن تغيرات جوهرية في حياة الفرد وتؤدي إلى إضطراب نشاطات الفرد المعتادة فبعضها يكون مرغوبا وإيجابيا وبعضها سلبي وغير مرغوب فيه، ويضيف بعض الباحثين إلى الأحداث المثيرة للضغط ضغوط العمل من قبيل الأعباء والمسؤوليات وغموض الدور وصعوبة الترفيه...الخ.

2- الإدراك والمعالجة المعرفية للمثيرات:

وتتم هذه المعالجة من خلال مرحلتين، الأولى عبارة عن عملية إدراك بسيطة تتحول من خلالها المثيرات الخارجية إلى معان ودلالات، ثم تليها مرحلة تقييم معرفي لمدى تهديد المثير والتقييم المعرفي نوعان: تقييم أولي ويشير إلى تقييم الشخص للمثير بأنه مهدد أو غير مهدد أما التقييم الثانوي ففيه يقوم الشخص بتقييم مدى كفاءاته وقدرته على المواجهة.

3- الإستجابة:

وهي تنتج عندما يدرك الفرد المثير ويقيمه معرفيا بأنه مهدد لراحته وبأنه غير قادر على مواجهته والتعامل معه بكفاءة، ولهذه الإستجابة مظهران نفسية وفيزيولوجية وتستمر هذه الآثار أو تختفي بناءا على نجاح الفرد في المواجهة.

4- المواجهة:

وهي العملية التي يحاول بها الفرد معالجة المتطلبات المثيرة للضغط ولها ثلاث وظائف وهي:

أ- معالجة الإنفعالات.

ب- إعادة تقييم المشكلة.

ج- حل المشكلة.

وتتضمن عملية المواجهة مجموعة من الجهود السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الفرد في محاولته التغلب على الآثار النفسية والفيزيولوجية لإستجابة الضغط وهي ما بعرف بإستراتيجيات المواجهة.

5- مترتبات الضغط (النتائج):

تتوقف هذه النتائج على كيفية مواجهتها ففي حالة نجاح الفرد في مواجهة المثيرات فإنه يعود إلى حالة التوافق، أما إذا فشل وظلت الضغوط مستمرة فإن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى العديد من الإضطرابات والأمراض النفسية والجسدية.

من خلال العرض السابق يتضح جليا أن مكونات الضغوط تمثل منظومة ديناميكية للعلاقات بين عناصرها، حيث أنه يمكن تصور نموذج لكيفية تفاعل هذه العناصر لإحداث الضغط والنتائج التي تترتب عنه، مع النظر إلى عملية المواجهة

كخاصية مركزية في هذا النظام حيث أنه بنجاحها يكون الفرد في حالة الإتزان وبفشلها أو عدم كفاءتها يصبح الفرد في حالة عدم الإتزان أو اللاتوافق.

3- مصادر الضغوط النفسية:

لقد حظيت مسألة تحديد مصادر الضغوط بإهتمام الكثير من الباحثين، ولذلك تعددت تصنيفات مصادر الضغوط لديهم، ومما لا شك فيه أن الضغوط الواقعة على الإنسان تحيط به من كل جانب وقد لا تنتهي علما بأنها تختلف من فرد لآخر كما أنها تختلف لدى الفرد الواحد من مرحلة إلى أخرى عبر المراحل النمائية التي يمر بها في حياته. فمصادر الضغوط ومسبباتها توجد حولنا في جميع البيئات سواء كانت البيئة طبيعية أو نفسية أو إجتماعية، فعلى المستوى الأسري والمهني والتربوي والثقافي وغيرها من مجالات الحياة، نواجه سلسلة من الضواغط التي تستوجب ضرورة التعامل معها، وفيما يلي أهم المصادر أو مسببات الضغوط .

يرى سمير شيخاني أنه يمكن تصنيف هذه المسببات إلى فئتين عامتين وهما: (شيخاني، 2003، 123)

1- مصادر خارجية ومصادر داخلية :أما المصادر الخارجية فيمكن إجمالها في النقاط التالية:

1- البيئة المادية، ضجيج، كوارث طبيعية، زلازل...الخ.
2- التفاعل الإجتماعي، العدوانية من جانب الآخرين، التسلط...الخ.
3- التنظيمية، القواعد والأنظمة والقوانين، الروتين، المواعيد المتأخرة.
4- أحداث الحياة الرئيسية، موت قريب، فقد عمل، الترقية...الخ.
5- المشاحنات اليومية.

2- المصادر الداخلية فيمكن إجمالها في:

1- خيارات نمط الحياة، نوم غير كاف، جداول عمل مثقلة...الخ.
2- الحديث الذاتي السلبي، التفكر المتشائم، النقد الذاتي...الخ.
3- الأشراك العقلية، التوقعات غير الواقعية، أخذ الأمور بطريقة شخصية، التصلب، التفكير في الحصول على كل شيء أو لا شيء، المبالغة....الخ.

4- بعض سمات الشخصية، كنمط (أ)، والكمالي (النزاع إلى مرتبة الكمال)، مدمن العمل... الخ، في حين ترى سيلفرمان (Silverman 1979) : أن مصادر الضغوط يمكن تقسيمها إلى خمس فئات هامة وهي:

1. الحرمان البيولوجي أو عوائق إشباع بعض حاجات الجسم.
2. الخطر: قد يكون واقعي موجود في بيئته الفرد أو متخيل وهومصدر قوي للضغط.
3. تهديدات تقدير الذات.
4. أعباء المطالب البيئية.
5. الضغوط التي تصاحب النمو الشخصي والإجتماعي للفرد مثل البلوغ.
6. فيما يرى طه عبد العظيم حسين وسلامة حسين (2006) أن أهم مصادر الضغوط تتمثل في مجموعة من المتغيرات:

وهي **إقتصادية** كإنخفاض الدخل وإرتفاع معدلات البطالة والجريمة...الخ، **وإجتماعية** مثل الطلاق والإنفصال وخبرات الإساءة الجسمية والجنسية، **وطبيعية** مثل الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين وغيرها، **وموقفية وتنظيمية** داخل بيئة العمل، كالعمل الزائد، وغموض الدور...الخ، **ونفسية** مثل فقدان الحب والصراعات النفسية، **وفيزيولوجية** مثل التغيرات الفيزيولوجية والكيمائية التي تحدث في الجسم. (حسين وحسين، 2006، 38)

ولقد حدد ميلر (Miler1979) مصادر الضغوط في مصدرين أساسيين وهما الضغوط **الداخلية** وهي التي تنبع من داخل الفرد مثل الطموحات والأهداف، في مقابل الضغوط **الخارجية** وهي كثيرة مثل الضوضاء و الزلازل والأعاصير وضغوط القيم و المعتقدات و الصراع بين العادات و التقاليد التي يتمسك بها. وتتفق مشيرة اليوسفي مع الرأي السابق حين تقول أنه يوجد مصدرين أساسيين للضغط وهما :

1- **الضغوط الداخلية**: وتكون نابعة من إفتراضات الذات أي أنها غير واقعية.

2- **الضغوط الخارجية:** وتتمثل في ضغوط القيم والمعتقدات والمبادئ والصراع بين العادات والتقاليد التي يتمسك بها الفرد وبين الواقع فهذا يسبب له ضغوطا مرتفعة.

في حين يشير كوبر(1977) إلى وجود سبعة مصادر رئيسية للضغط ستة منها خارجية ومصدر واحد داخلي، أما **الخارجية** فتتضمن ضغوط تأتي من العمل، ضغوط تأتي من تنظيمات الدور، ضغوط النمو، ضغوط البيئة و المناخ، ضغوط التنظيمات العليا، أما المصدر الأخير فهو **داخلي** وهي الضغوط التي تنشأ من مكونات الشخصية للفرد.

كما يذكر كابلن (Kaplan 1981) أن أهم الأحداث التي تسبب ضغوطا في الحياة هي:

1- الإفتراق عن الوالدين أثناء الطفولة، المرور بخبرة الرفض الإجتماعي (النبذ).

2- مرض أو وفاة أحد الوالدين، الإنتقال إلى مدرسة جديدة، الطلاق، فقدان الوظيفة...الخ.

كما يشير هورلوك (Hurlok) إلى مجموعة من مصادر الضغوط المتمثلة في الغضب، الخوف، الغيرة، الحزن، والمتاعب الجسمانية وضعف الصحة بالإضافة إلى الإهمال الوالدي والشعور بعدم الكفاية للدور الوالدي والأوضاع البيئية الفقيرة والحرمان العاطفي . (شلوف، 2005، 46)

أما هولمز وراهي(Holms & Rahe) فقد وضعا قائمة للأحداث الضاغطة تبدأ بأشدها تأثيرا وهي فقدان عزيز، الطلاق، الإنفصال، وفاة شخص عزيز على الأسرة، الزواج وتنتهي بالأحداث الأقل تأثيرا مثل تغيير المدرسة وتغير مستوى المعيشة، تغير في الأنشطة الإجتماعية، تغير مكان النوم...الخ.

ويشير فرج عبد القادر طه وآخرون إلى أن مصادر الضغوط في حياة الفرد متعددة، فقد ترجع لمتغيرات بيئية، كما تكون مصدرها الفرد نفسه أو طريقة إدراكه للظروف من حوله، وإذا ترتب على الضغوط أذى حقيقي للفرد فإنه يصبح محبطا وحتى إذا لم يحدث ضررا حقيقي ومباشر على الفرد فهو يعيش حالة من الشعور بالتهديد . (طه وكفافي، 1993، 256)

خلاصة القول: أن للضغوط مصادر متنوعة ومتعددة يمكن إجمالها في مصدرين أساسيين هما المصادر الداخلية أو الذاتية والمصادر الخارجية أو البيئية، حيث تنشأ المصادر الذاتية من الإحباطات والصراعات والخوف، وعدم الثقة بالنفس، وبعض خصائص الشخصية في حين تنشأ المصادر الخارجية من البيئة المحيطة سواء كانت أسرية، طبيعية أو إجتماعية، إقتصادية، مهنية، فيزيقية...الخ، ولابد من التأكيد على أن تأثير الضغوط يعتمد على تقييم الفرد لها وعلى تصوره لمدى أهميتها، فما يعتبره الفرد مثيرا للقلق والخوف قد لا يعتبره فرد آخر كذلك، ويعود ذلك إلى عوامل ومتغيرات كثيرة منها تأثير العوامل الثقافية والحضارية، فهناك أحداث تثير الضغط في بعض المجتمعات ولكنها لا تؤدي إلى ذلك في مجتمعات أخرى كما أن تأثير محيط العمل لديه دور فما يثير الضغوط لدى عمال المصانع مثلا قد لا نجده لدى فئة المعلمين أو الأطباء أو سائقي الشاحنات...الخ، وكذلك تقييم الفرد للضغط يرجع إلى مجموعة عوامل تتعلق بأساليب التنشئة الإجتماعية وبعض خصائص الشخصية وكذلك إلى بعض التغيرات الإجتماعية السريعة التي تجعل الفرد يعيش في صراع.

4- أنواع ومستويات الضغوط النفسية:

وضع الباحثون تصنيفات مختلفة للضغوط ويمكن للباحثة تلخيص هذه التصانيف في التالي:

1- من حيث تأثيرها(إيجابية/ سلبية):

هناك من الباحثين من قسم الضغوط إلى إيجابية وسلبية ومنهم (سيلي) حيث يطلق عليهما الضغط (الحسنeustress) وإستجابة الأسى والإنضغاط (distress)، حيث أن النوع الأول يكون كما في الشعور بالنشاط وهي الإستجابة لأحداث إيجابية وذات مشاعر طيبة وحتى وإن كانت تتطلب من الجسم أن ينتج طاقة كالمنافسة في حدث رياضي أو علمي أو الوقوع في الحب، ميلاد طفل، ولذلك ليست كل الأحداث والخبرات السلبية وحدها بالضرورة هي المسببة للضغوط، فمن

الممكن أن تكون هناك أحداث إيجابية تنتج ضغطا وهذا الضغط إيجابي لأنه يكون دافعا للإنجاز والأداء.

ويقول بعض الباحثين أن الفرد بحاجة إلى درجة من الضغط لتكون لديه الدافعية للقيام بعمل معين أو تحقيق إنجاز وفي حالة الغياب الكلي للقلق (الضغط) سيتسم سلوك الفرد باللامبالاة.

أما الضغط السلبي فيشير إلى الأحداث التي تؤدي إلى التوتر والشعور بالإحباط وعدم التوازن وحسب سيليي فالضغوط بمثابة إنذار فيزيزلوجي للأحداث السلبية التي يستجيب لها الجسم كنوع من المقاومة، وهذه الضغوط تؤثر سلبا على أداء الفرد وتعوقه عن الإنجاز والإبداع كما تؤثر سلبا على الحالة الجسمية والنفسية وتؤدي إلى أعراض مثل الصداع وآلام المعدة والتشنجات وإرتفاع ضغط الدم وغيره.

" والضغط بجانبيه الإيجابي والسلبي بينهما نقطة تمثل المستوى المطلوب أو المثالي من الصحة البدنية والنفسية، وفي هذا الصدد يشير بعض الباحثين أن المتعة فيما يقوم به الفرد تقع بين الملل والقلق أي عندما تكون التحديات في حالة توازن". (عسكر، 2003، 34)

2- من حيث إستمراريتها:

تنقسم إلى ضغوط مؤقتة أو قصيرة المدى وهي تلك التي تحيط بالفرد لفترة وجيزة ثم تزول كضغوط الإمتحانات أو الزواج الحديث، أو ميلاد طفل، أو عطب سيارة...وغيرها من الظروف المؤقتة التي لا تدوم طويلا، وضغوط مزمنة(طويلة الأمد) وهي تلك التي تحيط بالفرد لفترة طويلة كتعرض الفرد لآلام مزمنة أو إصابته بمرض خطير، أو وجوده في ظروف إجتماعية وإقتصادية غير ملائمة بصورة مستمرة، وتؤكد نتائج بعض الدراسات على أن الناس يستطيعون أن يصمدوا أمام أحداث الحياة الضاغطة قصيرة المدى ولكنهم يفقدون القدرة على التصدي للأحداث طويلة المدى نتيجة لما تسببه لهم من خبرات مؤلمة، تتمثل في الإحباطات والتوترات التي لا تتحملها الأجهزة النفسية والجسمية للإنسان". (علي، 2005، 208).

فبالإضافة إلى الضغوط قصيرة المدى وطويلة المدى يضيف بعض الباحثين نوعا آخر ويطلقون عليه الأحداث الصدمية التي لا يتوقعها الفرد في بعض الأحيان مثل وفاة القرين أو الزوج، أو فقدان عزيز أو طفل، أو فقدان الوظيفة...الخ.

3- **من حيث الحدة:**

هناك من قسم الضغوط حسب حدتها إلى ضغوط حادة، وضغوط متوسطة الشدة وضغوط بسيطة معتادة، إذ أن الضغوط قد تكون شديدة أو جسيمة مثل الطلاق أو الفقد أو الهجر، أو تكون أحداث تسبب ضغوطا أقل شدة، كالضغوط المالية أو توتر في العلاقات مع الآخرين، وكذلك قد تكون مجرد منغصات ومضايقات يومية، كمشكلات الأبناء، والروتين اليومي والإهتمام بشؤون المنزل...الخ.

4- **من حيث الطبيعة:**

أكد وين ويتن(Wayne weiten) على أن طبيعة الضغط يمكن أن تتمثل في محورين الاول: إما أن تكون بدنية أو نفسية ومن أمثلة الضغط البدني، التعرض لمرض مزمن أو التعرض لظروف طبيعية مثل الحرارة الشديدة أو الضوضاء أو البرودة الشديدة وهذه الظروف غير المريحة أو المزعجة تسبب ضغط بدنيا أو جسميا، وأمثلة الضغوط النفسية تتمثل مثلا في الخلافات مع الزوج، فقدان عزيز، الإنتقال إلى عمل جديد، الإحساس بالوحدة...الخ.

والثاني: تداخل وتفاعل الضغط البدني مع الضغط النفسي معا، فهما يمكن أن يتداخلا في حدث واحد مثل الإصابة بمرض خطير وغياب الدعم من طرف الأهل يمكن أن يولد للفرد كلا من الضغط البدني والنفسي.

5- **حسب مصدرها:**

تقسم الضغوط حسب مصدرها إلى ضغوط داخلية وضغوط خارجية، والضغوط الخارجية يمكن تقسيمها إلى ضغوط بيئية طبيعية، وضغوط بيئية إجتماعية، أما الضغوط الداخلية فهي التي يكون مصدرها ذاتي أي داخل الفرد مثل الإحباطات والصراعات والألم النفسي، أما الضغوط الخارجية فهي إما صادرة من

البيئة الطبيعية أو الإجتماعية فالطبيعية تتمثل في الكوارث كالزلازل والبراكين والأعاصير أما الضغوط الإجتماعية فتتمثل في توتر العلاقات الإجتماعية، وإنعدام الدعم الأسري...الخ.

في ضوء ما تقدم ترى الباحثة أنه رغم الإختلاف في تصنيف أنواع الضغوط إلا أنه في واقع الأمر فإن هناك تداخل كبير بينها، حيث أنه ترتبط بمواقف محددة فنجد مثلا الضغوط قصيرة المدى يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية بدنية أو نفسية أو يمكن أن تكون حادة أو بسيطة، ويمكن أن تكون من البيئة الطبيعية أو الإجتماعية أو داخلية، ولهذا من الصعب جدا تجاهل مثل هذا التداخل. ولذلك فإن تصنيف وتقسيم الضغوط بهذا الشكل الهدف منه هو تقسيم من أجل الدراسة لا غير.

5- النماذج والنظريات المفسرة للضغوط النفسية:

أولا: النماذج: لقد إختلف الباحثون في تعريفهم للضغوط بإختلاف زوايا رؤياهم للظاهرة كما عرضنا سلفا إلا أنه يمكن التعرف على ثلاثة إتجاهات رئيسية في تناول الضغوط وهي:

- **الإتجاه الأول:** ويطلق عليه نموذج الإستجابة إذ أنه يتعامل مع الضغط بإعتباره نتيجة، حيث يصف الضغط أو الإنعصاب في صورة إستجابة الشخص لمثير مضايق أو خطر وكثيرا ما يوصف بأنه متغير تابع (نتيجة).
- **الإتجاه الثاني:** ويطلق عليه نموذج المثير إذ أنه يتعامل مع الضغط بإعتباره تلك الخصائص ومميزات البيئات أو المطالب المزعجة، ومنه فإنه كثيرا ما يوصف بأنه المتغير المستقل في البحوث (السبب).
- **الإتجاه الثالث:** ويطلق عليه النموذج التفاعلي أو التكاملي إذ أنه يتعامل مع الضغط على أنه يعكس نقص التواؤم بين قدرات الفرد ومتطلبات البيئة وفيما يلي تفصيل بهذه الإتجاهات أو النماذج الثلاث.

1- الإتجاه الأول - نموذج الإستجابة-:

ففيه ينظر إلى الضغط في صورة إستجابة لأحداث مثيرة أو مزعجة في البيئة، ويكون الإهتمام منصبا على تحديد الإستجابة أو نمط الإستجابات التي يمكن

النظر إليها كدليل على أن الشخص يقع فعلا تحت ضغط، وفي الدراسات التي تنحوا هذه الوجهة فإن الضغط ينظر إليه على أنه المتغير التابع وأنه يمثل رد الفعل للعامل الضاغط، ولعل (هانز سيلي) عالم الغدد الصماء هو أول من حاول وضع نموذج يمثل الضغط في صورة إستجابة حيث يرى أن الضغط بأنه " الإستجابة الفيزيولوجية غير المحددة التي يستجيب بها الجسم إتجاه أي مطلب يقع عليه"، وكان تركيز (سيلي) الأساسي على العمليات الفيزيولوجية وقاده ذلك إلى الربط بين الإستجابة الفسيولوجية والضغط وأفكار سيلي تركز على ثلاث محاور وهي:

1- إعتقد (سيلي) بأن الإستجابة للضغط لا تعتمد على طبيعة الضاغط(المثير) وإنما هي نمط واحد من ردود الفعل الدفاعية التي تقي الكائن الحي وتحافظ عليه.

2- يعتقد (سيلي) أن رد الفعل الدفاعي يزداد مع زيادة التعرض للمثير الضاغط المستمر والمتكرر، وهذه الإستجابة تمر عبر ثلاث مراحل أطلق عليها (زملة عامة للتكيف) وهي:

أ- **مرحلة الإنذار والتنبيه:** حيث تحفز فيها العضوية لمواجهة التهديد من الخطر فتفرز الهرمونات ويتسارع النبض والتنفس، ويدخل الفرد في حالة إستعداد للقتال (المواجهة) أو الهرب...الخ، والجسم في نهاية هذه المرحلة يكون في حالة إستثارة فسيولوجية قصوى ت لمقاومة الحدث الضاغط.

ب- **مرحلة المقاومة:** وفيها يحاول الفرد مقاومة مصدر التهديد بتوظيف كل الوسائل وكل ما يملك من طاقة جسمية ونفسية، ويغلب على هذه المرحلة طابع الحفاظ على التوازن الحيوي للأنسجة، ويحاول الجسم أن يتكيف مع الحالة الضاغطة حتى لا تتعرض أعضاؤه للتلف أو التدمير الذي من شأنه أن يعرض حياة الفرد لخطر الموت أو الإصابة بمرض خطير. (يخلف، 2001، 48)

ج- **مرحلة الإنهاك أو الإعياء:** عند الفشل في التغلب على التهديد وإستمراره لفترة طويلة تدخل العضوية في مرحلة إستنزاف وإستهلاك

لطاقتها ومصادرها الفسيولوجية، وتؤدي في حالة إستمرارها إلى الإنهيار الجسمي أو الإنفعالي أو الموت .

3- يعتقد سيلي أن هذه الإستجابات الدفاعية إذا كانت شديدة وأستمرت لفترات طويلة فإنه ينتج عنها حالات مرضية والتي أطلق عليها أمراض التكيف. (الشناوي والسيد، 1994، 8،9).

2- **الإتجاه الثاني: - نموذج المثير:-**

حيث يصف الضغط في صورة مثيرة ويتضح في خصائص تلك البيئات التي تدرك على أنها مسببة للإضطراب بشكل ما، حيث تؤدي الضغوط الخارجية إلى رد فعل - الإنضغاط أو الإجهاد - داخل الفرد، ومثل هذا النموذج ينظر إلى الضغط على أنه متغير مستقل في الدراسة (السبب) ويذكر سيموندز (Symonds)عند حديثه عن الإضطرابات النفسية التي يتعرض لها الطيارون، أن ضغط الطيران هو ذلك الذي يحدث للفرد وليس ذلك الذي يحدث داخله، إنها مجموعة الأسباب وليس مجموعة الأعراض". (الشناوي والسيد، 12،1994)

وفي إطار تصور الضغوط على أنها مطالب صادرة من البيئة إقترح ويلفورد (Welford1973) " أن الضغط ينشأ عندما يكون هناك إبتعاد عن الظروف المثلي للمطالب"، ومعنى ذلك أن الكائن الحي يكون أداؤه أفضل تحت متطلبات الأداء المتوسطة أو المعتدلة، ولذلك إنخفاض أداء الفرد يرجع إلى مطالب البيئة المرتفعة جدا أو المنخفضة بشكل كبير كذلك، وبذلك يمكن أن نلخص وجهة نظر (ويلفورد) على أن الأداء المنخفض عن المستوى الأمثل يعتبر دليلا على الإنضغاط.

وفي نفس السياق يعتبر نموذج تشارلزورث وناثان Charleswarth & Nathan)) من أشهر النماذج التي تنظر إلى الضغوط على أنها مثيرات ويتلخص النموذج في عدم قدرة الفرد أو قدرته على تحمل مطالب البيئات المثيرة، حيث حددا دورتين للضغوط أطلقا عليها دورة الضيف والإنزعاج، ودورة التوافق والصحة النفسية وفقا لما يترتب على هذه الضغوط من ردود أفعال وفي ضوء قدرة أو عدم قدرة الفرد على تحملها.

- ففي دورة الضيق والإنزعاج:

تقوم مصادر الضغوط المختلفة بالتأثير على الفرد الذي يستجيب بعدم القدرة على تحملها فتنتج عنها آثار مباشرة فيزيولوجية، معرفية، سلوكية وآثار بعيدة المدى تشمل الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية و المعرفية، وكل هذا يؤثر على أداء الفرد وكفاءاته فينتج عنها إنخفاض في الإنتاجية والشعور بالسعادة وإنخفاض الشعور بالألفة والمودة. (النيال وعبد الله، 1997، 90)

- أما في دورة التوافق والصحة:

فإن مصادر الضغوط يستجيب لها الفرد بمهارات وسلوكيات معرفية فيزيولوجية إنفعالية مناسبة، مما يترتب عنها زيادة تقديره لذاته وثقته بنفسه، كما ترتفع هذه الإستجابات من مستوى الصحة الجسمية والنفسية ومقاومة الضغوط لدى الفرد، وهذا ما يؤدي إلى زيادة الأداء المتمثل في الإنتاجية والشعور بالسعادة والرضا والألفة والمودة .(النيال وعبد الله، 1997، 91)

إن نموذج (شارلزورت وناشان) ونموذج (ويلفور) يفسران الضغط على أنها مطالب موجودة في بيئة الفرد، وهذه المطالب تستدعي إستجابة أو أداء من الفرد وبذلك فإن نجاح الفرد وكفاءاته في الإستجابة يعتمد إلى حد بعيد على خصائص هذه البيئات ومتطلباتها.

3- الإتجاه الثالث: النموذج التكاملي أو التفاعلي (تفاعل بين الفرد والبيئة):

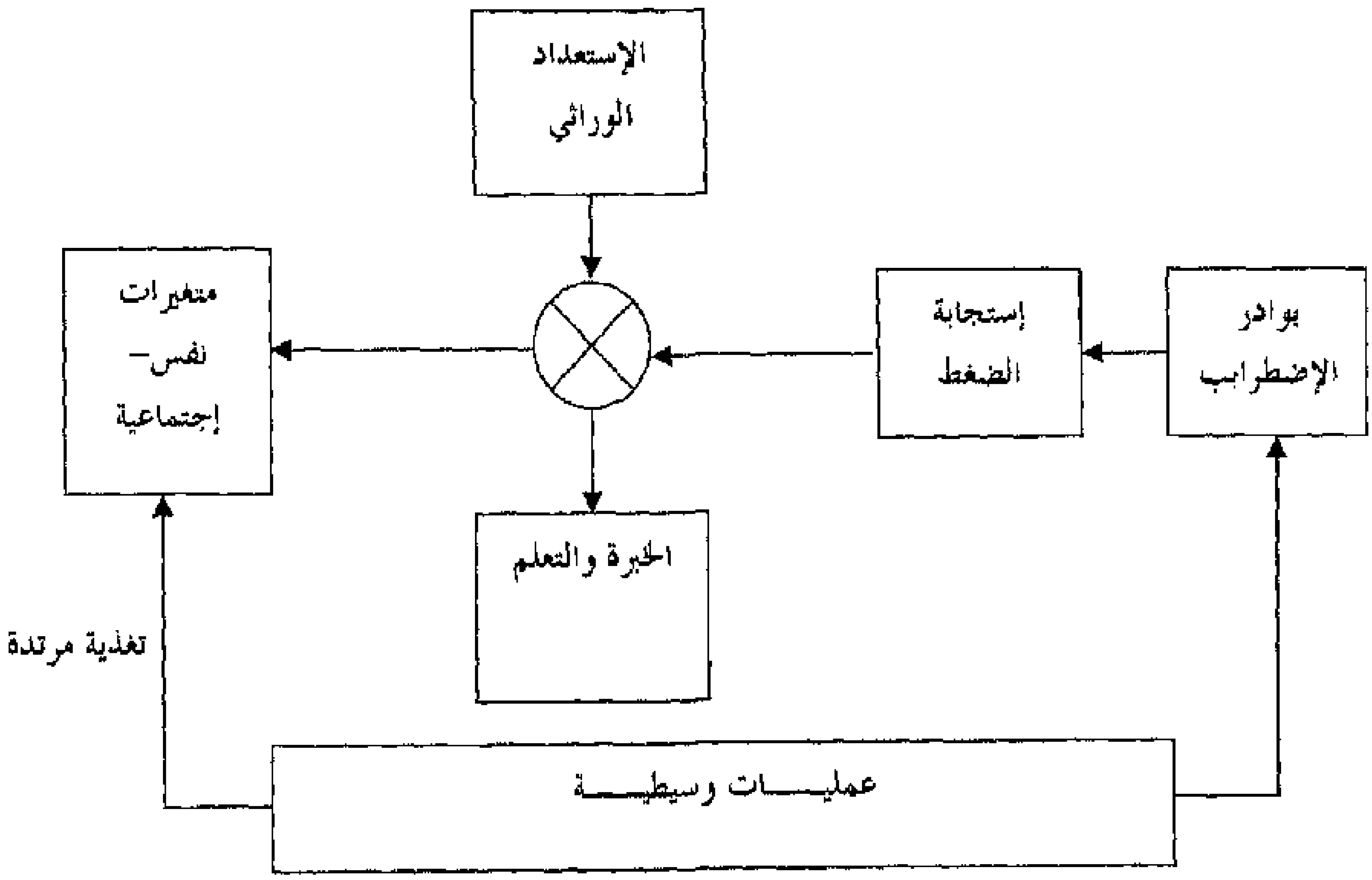
هذا النموذج يتخطى النظرة الآلية للضغط بإعتباره إستجابات مثل نموذج سيلي أو التي إعتبرتها في صورة مثيرات مثل نموذج (ويلفورد) و(ناثان) و(تشارلزروث) التي أهملت دور الفرد وأعتبرته سلبيا في عملية الإنضغاط، ونتيجة لإستبعاد العمليات النفسية الوسيطية، فإن تلك النماذج تواجه صعوبة في التعامل مع الفروق الفردية وتصبح غير ملائمة لأنها تهمل الدور الإيجابي للفرد في حدوث الإنضغاط (الإحساس بالضغوط) ومن هنا فإن الإتجاه الثالث في تفسير الضغوط هو إتجاه تفاعلي يرى أن

الضغط ينشأ من خلال وجود علاقة تفاعلية بين الفرد وبيئته ومن النماذج المقترحة في هذا الإطار.

3- 1- نموذج ليفي وكاجان(1971):

يعتبر نموذجهما تطويرا لوجهة نظر (سيلي)عن الضغط وقدما نموذجا نظريا يصفان فيه دور العوامل النفسية في توسط المرض الجسمي وكان فرضهما الأساسي أن هذه المثيرات النفسو- إجتماعية يمكن أن تسبب هذه الإضطرابات. (بهنسي، 2005، 31)

ويوضح النموذج التالي أفكار ليفي وكاجان عن التفاعل بين المثيرات النفسية والعوامل الوراثية والخبرات السابقة في حدوث إستجابة الضغط والتي بدورها تولد أعراض المرض أو المرض نفسه.



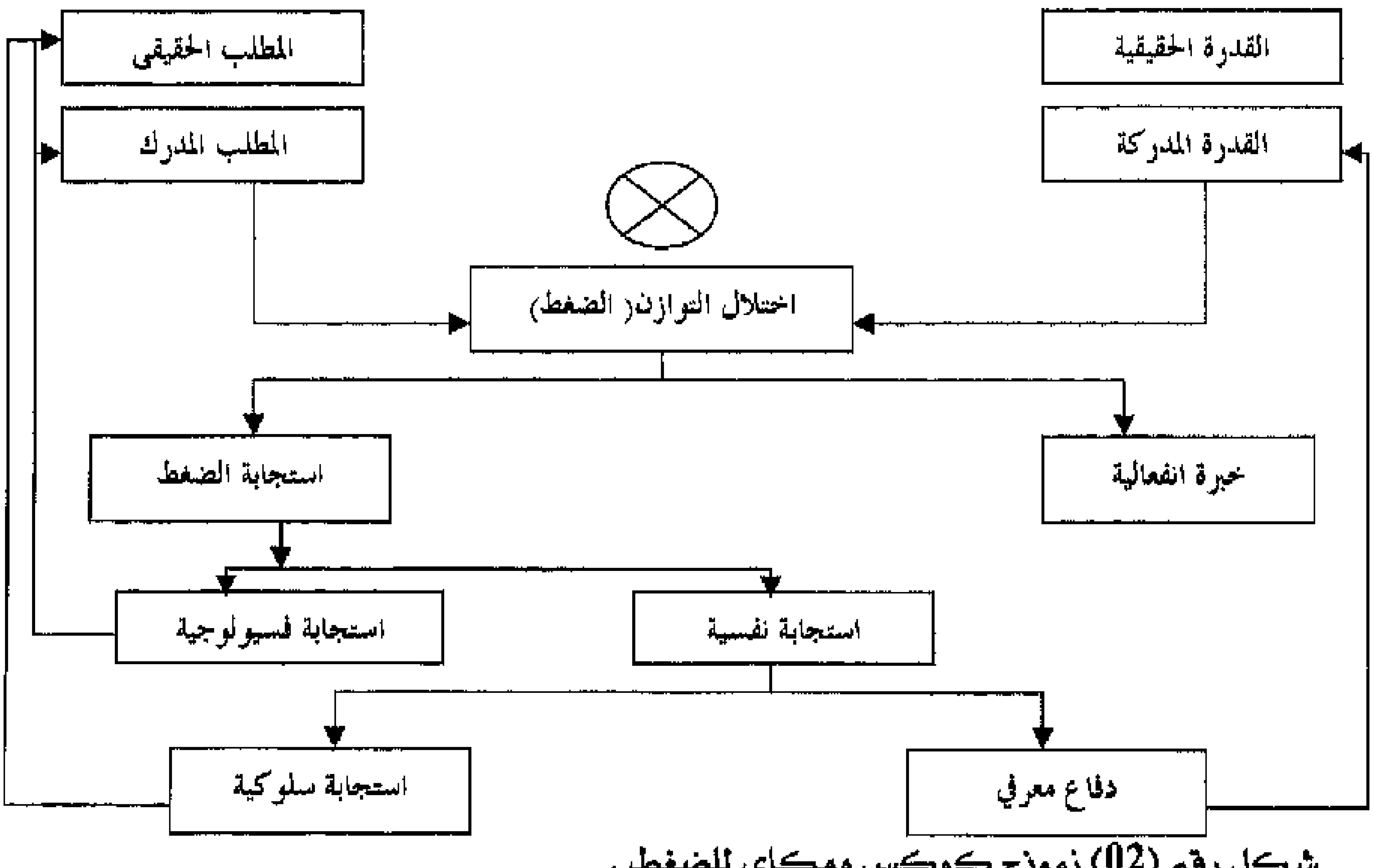
شكل رقم (01) يمثل : نموذج ليفي وكاجان.

المرجع (بهنسي، 2005، 32)

وهـذا التعاقـب للأحـداث يمكـن أن يـزداد أو يـنقص بتـدخل المـتغيرات الوسيطية والـتي يمكـن أن تكـون خارجيـة أو داخليـة، عقليـة أو جـسمية، والـتي يمكن أن تعدل من تأثير العوامل المسببة في أي مرحلة تالية من العملية. وأحد الصور الهامة في هذا النموذج أنه يفسر الضغط ليس على أنه عملية خطية ولكنه نظام عام مؤلف من أجزاء تلعب فيه التغذية المرتدة دورا مهما.

3- 2- نموذج كوكس ومكاي التحويلي (Cox et Macky):

وفي هـذا النمـوذج يقـترح واضـعاه أنـه يمكـن وصـف الـضغط كجـزء مـن منظومة معقدة وديناميكية من التحويلات، التعاملات بين الفرد والبيئة وهذا يؤكد على أن الضغط ظاهرة إدراكية فردية مغروسة في العمليات النفسية، كما يقدم هذا النموذج وصفا إنتقائيا لمنظومة الضغط فهو يجمع بين الضغط كمثير والضغط كإستجابة ولكنه يركز على الطبيعة التفاعلية للظاهرة، وأهم ما يميز هذا النموذج الخاصية الإرجاعية (feed back)، وأن هذه المنظومة هي منظومة دائرية أكثر من كونها خطية .والنموذج التالي يوضح عناصر هذه المنظومة.



شكل رقم (02) نموذج كوكس ومكاي للضغط .

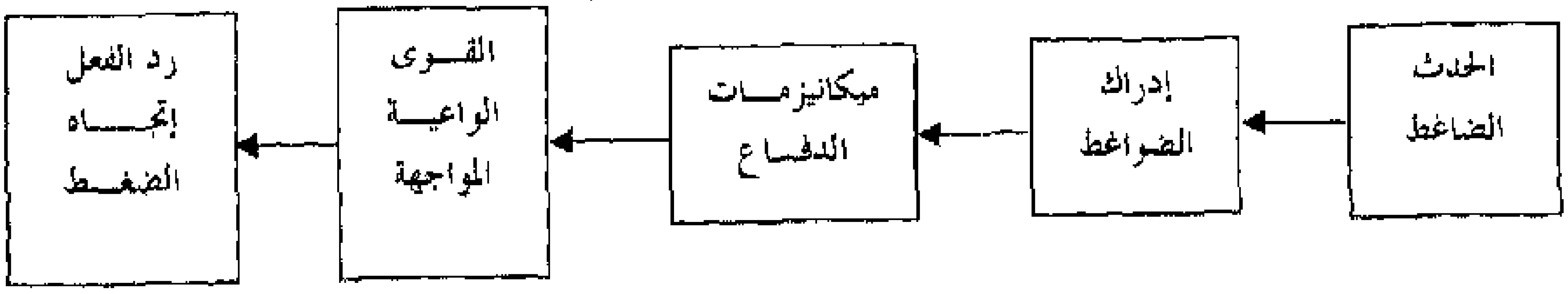
المرجع (الشناوي والسيد، 1994، 15)

من خلال النموذج نجد أنه يمر بخمس مراحل وهي:

- **المرحلة الأولى:** تشير إلى المطالب وهي عادة في بيئة الشخص الداخلية أو الخارجية وتحقيق هذه المطالب (الحاجات) يكون هاما في تحديد سلوكه.
- **المرحلة الثانية:** ينشأ الضغط عندما يكون عدم توازن بين المطالب المدركة والقدرة المدركة على مواجهته، وليس بين المطالب الحقيقية والقدرات الفعلية، لأن الشيء المهم هنا هو تقييم الفرد للموقف الضاغط وتقييمه لقدراته على التعامل.
- **المرحلة الثالثة:** مرحلة الإستجابة الفسيولوجية التي ينظر لها البعض على أنها نقطة النهاية (نموذج الإستجابة) غير أن (كوكس وماكاي) يريانها ضمن منظومة أكبر.
- **المرحلة الرابعة:** وتهتم هذه المرحلة بنتائج الإستجابة الخاصة بالتعامل والمواجهة.
- **المرحلة الخامسة:** وهي إحدى حلقات التغذية المرتدة والتي تحث في كل المراحل الأخرى في النظام و التي تكون فعالة في تشكيل المحصلة في كل تلك المراحل.

3- 3- نموذج راه وأرثير(Rah & Arthur1978):

يرى الباحثان بأن الحدث الضاغط يمر عبر سلسلة من المرشحات(filtres) التي تقوم بالتعديل والتغيير سواء بالتضخيم أو التخفيف من ردود الفعل إتجاه الضغط، في الواقع إن تقدير شدة أو طبيعة ما يقوم الفرد بإختباره أو الوقوع تحت طائلته لا يقوم فقط على خصائص الضاغط وهذا النموذج يتكون من ثلاثة مرشحات (فلترات) أساسية موضحة في النموذج الموالي:



شكل رقم (03): نموذج يوضح الميكانيزمات المخففة لتأثير الضغط على الفرد

المرجع: (Trzepizur,2008, 54)

وحسب الباحثان فإن إدراك **الضواغط** يتأثر من خلال الخبرات الذاتية أو الداخلية لضواغط مماثلة مر بها الفرد، وكذا من خلال المساندة الإجتماعية التي يتلقاها من المحيطين به أضف إلى ذلك الإعتقادات والمفاهيم الدينية. أما **ميكانيزمات دفاع الأنا** (كالإنكار والكبت) فإنها تمارس لا شعوريا من طرف الفرد.

أما القوى الواعية: المقصود بها هنا مخطط الفعل أو العمل ومرجع مختلف التقنيات (الإسترخاء، التمرينات البدنية، إعادة البناء المعرفي) وهذه تمثل مختلف إستراتيجيات المواجهة.

إن نموذج (راه و أرثير) يعطي أهمية للنظام الدفاعي اللاواعي متمثلا في مدخل علم نفس الأنا كما يعطي نفس القدر من الأهمية لإستراتيجيات المواجهة. (Schweitzer 2002,12).

والآن فالنموذج الذي سنعرضه هو النموذج التفاعلي للازاروس وفولكمان (1984)، هذا النموذج يتضمن المفهوم المعرفي للضغط ويتضمن تفاعلا بين الفرد والبيئة، والفرد يستخدم مجموعة من القوى المعرفية والإنفعالية والسلوكية من أجل التوافق مع المواقف المضادة أو الأحداث الضاغطة وينظران إلى المرشحات السابقة التي قدمها (راه وآرثير) بأنها معدلات للعلاقة بين الحدث الضاغط والمشقة الإنفعالية.

3- 4- **نموذج لازاروس وفولكمان (1984):**

لقد صاغا نموذجا لتفسير الضغط وذلك في إطار العلاقة بين الشخص والبيئة والتقييم المعرفي ويريان أن أساليب مواجهة الضغوط تتحدد من خلال التقييم للموقف، فعندما يواجه الفرد بموقف ويتم تقييمه على أنه ضار ومهدد ويمثل تحديا لتوافقه هنا ينشأ الضغط، كما يركز هذا النموذج على دور العوامل المعرفية في تفسير الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد، وأن الضغوط تحدث عندما تتجاوز المطالب البيئية قدرات الفرد على المواجهة، ويرى لازاروس وفولكمان أن تفسير الحدث الضاغط يرتكز على عمليتين أساسيتين هما عملية التقدير الأولي والتقدير

الثانوي، **فالأولى** تشير إلى تقييم الفرد للموقف هل هو خطير ومهدد أم غير ذلك، أما **التقييم الثانوي** فهو يشير إلى تقييم ما يمتلكه الفرد من مصادر للتعامل مع الحدث الضاغط، ويتأثر التقييم الأولي بالعوامل الشخصية للفرد مثل (الإعتقادات) والعوامل الموقفية وتشمل (طبيعة الموقف الضاغط)، أما عملية التقييم الثانوي فيتأثر بقدرات وإمكانات الفرد الجسمية والنفسية والإجتماعية . وأضاف لازاروس عملية ثالثة أطلق عليها **إعادة التقييم المعرفي** والتي من خلالها يعيد الفرد تقييم كيفية إدراكه ومواجهته للموقف الضاغط حيث يطور من أساليب مواجهته ويغيرها طبقا لإدراكه لمدى جدوى هذه الأساليب أو نتيجة الحصول على معلومات جديدة.

وفي ضوء ذلك يعرف (لازاروس وفولكمان) الضغط بأنه علاقة خاصة بين الشخص والبيئة والتي يتم تقييمها من الشخص على أنها مرهقة وتتجاوز قدراته على المواجهة، وهما يشيران إلى أن البيئة تؤثر في الشخص والشخص بدوره يؤثر في البيئة بطريقة تبادلية وأن عملية التقييم والمواجهة تمثل مكونات هامة تتوسط العلاقة بين الشخص والبيئة . (حسين وحسين، 56،2006، 57)

3- 5- نموذج أندلر(**Endler 1990**):

وهو مشابه لنموذج (لازاروس) حيث يرى (أندلر) أن الضغط يحدث من خلال تفاعل الشخص والموقف الذي من خلاله يدرك الفرد التهديد أو الخطر كما يؤكد أهمية العوامل البيولوجية والإجتماعية والنفسية في الشخصية، ويرى أن متغيرات الشخصية تتفاعل مع المتغيرات الموقفية لتساهم في إدراك الفرد للموقف في البيئة، فإذا أدركه بوصفه مهددا أو خطرا فإن ذلك يؤدي إلى زيادة قلق الحالة لديه وهذه الزيادة تؤدي إلى إستجابات وسلوكيات المواجهة. (حسين وحسين، 2006، 60)

ثانيا- النظريات النفسية والإجتماعية المفسرة للضغوط النفسية:

في هذا الجزء سنعرض تفسير الضغوط في ضوء النظريات النفسية والإجتماعية على الشكل التالي:

1- نظرية التحليل النفسي:

من المعروف لدارس علم النفس أن الشخصية لدى (فرويد) تتكون من ثلاثة جوانب وهي (الهو) وتمثل الجانب البيولوجي في الشخصية وهي مستودع الغرائز ويسير وفق مبدأ اللذة أما (الأنا) فهو يمثل الجانب السيكولوجي ويقوم بدور الوساطة والتوفيق بين (الهو والأنا الأعلى)، إذ يعمل على تحقيق التوازن بين مطالب (الهو) ومتطلبات الواقع الخارجي متمثلة في الأنا الأعلى الذي يعكس قيم ومعايير المجتمع . (إسماعيل، 2004، 41)

ولكن متى يشعر الإنسان بالضغط من منظور التحليل النفسي؟ يمكننا القول بأنه إذا لم يتحقق التوازن بين الهو والأنا الأعلى ينتج الضغط، أي أن (الهو) يحاول دائما السعي نحو إشباع الرغبات الغريزية ودفاعات الأنا تسد عليها الطريق ما دام هذا الإشباع لا يتسق مع قيم ومعايير المجتمع ويحدث ذلك في حالة قوة الأنا، ولكن حينما تكون الأنا ضعيفة يقع الفرد فريسة الصراعات والتوترات وبذلك يفقد التوازن بين الهو والأنا الأعلى وبهذا ينتج الضغط، كما يؤكد أصحاب هذا المنحى على أن التعبير عن الأعراض المرضية ما هي إلا إمتداد لصراعات وخبرات ضاغطة ومؤلمة مر بها الفرد في الطفولة، ولذلك فإن الضغط النفسي والكدر الذي يعانيه الفرد في حياته الحالية هي إمتداد للصعوبات والخبرات التي حاول التعامل معها من خلال إستخدام ميكانيزمات الدفاع في الطفولة والتي تبدو غير توافقية وغير ملائمة إجتماعيا للمواقف والخبرات الملائمة الحالية. (حسين وحسين، 2006، 62)

2- النظرية السلوكية:

يؤكد أنصار المدرسة السلوكية الكلاسيكية على عملية التعلم ويتخذون منه محورا أساسيا في تفسير السلوك الإنساني، كما يركزون على دور البيئة في تشكيل شخصية الفرد، حيث تفترض هذه النظرية أن كل أنماط السلوك متعلمة بالإشراط والتعزيز، وترى أن كل مثير لابد له من إستجابة، وعليه فإنه وفقا للمنحى السلوكي تحدث إستجابة الضغط عندما تكون أنماطنا السلوكية غير ملائمة أو غير مناسبة للموقف الذي نواجهه، وبذلك فإن التعامل مع الضغط يعني

تعلم سلوك جديد ملائم للموقف الذي نواجهه، أما (سكينر) الذي يمثل الإتجاه الثاني في نظريات التعلم فهو يرى بأن الضغط يعد أحد المكونات الطبيعية في حياة الفرد.

أما من وجهة نظر الإتجاه الإجتماعي ورائداه كل من (روتر)، و(باندورا)، ويطلق أيضا عليها النظرية الإجتماعية لأنها ترى أن جل السلوك المتعلم يتم في بيئة إجتماعية وأنه يوجد ما بين المثير والإستجابة تكوين معقد للغاية وهو عالم الشخص الداخلي، الذي يستطيع أن يتخذ قرارات ويحلل الأحداث والمثيرات قبل أن يأتي بالإستجابة، حيث يركز (روتر) على قدرتنا على تعلم سلوكيات معينة تتشكل على نحو يتواءم داخل النظام المعقد لحياتنا الإجتماعية، وذلك هو ما يعنيه بمصطلح (التعلم الاجتماعي).

كما يشير(باندورا) أن كثيرا من سلوكنا نكتسبه بواسطة التعلم بالملاحظة، الذي يعني أننا نتعلم أنماطا من السلوك عن طريق ملاحظة أو مشاهدة الآخرين وتقليد ما نحاكيه من هذا السلوك عن طريق ملاحظة أو مشاهدة الآخرين، فنظرية التعلم الإجتماعي لـ(روتر) إهتمت بالفروق الفردية كمتغير وسيط في عملية التعلم، فهي تبحث لماذا يستجيب الأفراد إستجابات مختلفة رغم وجودهم في نفس الموقف، وبذلك فهي تستخدم مفاهيم مثل الإعتقاد، وقيمة التعزيز، حيث يفترض (روتر)أن مصادر التدعيم ترتبط بالإعتقاد بأن القوى الخارجية أو الداخلية هي المسؤولة عما يحدث لنا، وبالتالي فإن الإعتقاد يؤثر على كيفية تصرفنا في المواقف التي تعترضنا.

أما (باندورا) فيرى أيضا أن إكتساب سلوك وتعديله لا يقوم على مجرد تكوين إرتباطات بين المثيرات والإستجابات، فالتعلم الإجتماعي يحدث عن طريق التعرض والمحاكاة أي التعرض للخبرات والمواقف والأحداث ومحاكاة ما يختاره الفرد منها، ويعني ذلك أن التعلم الإجتماعي أكثر تعقيدا من مجرد الإستجابة الآلية، ولا ينكر(باندورا) هنا دورالتعزيز، فالتعزيز لا يزال موجود في عملية التعلم،كما تؤكد نظرية التعلم الإجتماعي أهمية الجوانب المعرفية في التعلم وترى

أن السلوك لا يتم تعلمه من خلال الإقتران الآلي بين المثير والإستجابة وإنما يتم نتيجة العمليات المعرفية كالإدراك والتوقع، حيث ينعكس هذا النشاط في صورة الإستجابة الصادرة، وترى أن قدرا كبيرا من سلوك الفرد يتم إكتسابه بالملاحظة والمحاكاة والتقليد بمعنى أن الفرد يستطيع تعلم السلوكيات من خلال ملاحظة وتقليد سلوك الراشدين الهامين في حياته، فالأبناء يتصرفون وفق ما يشاهدونه من سلوك الآباء (القدوة) فهم يتعلمون الإستجابة للمطالب البيئية وكيفية التعامل معها من خلال تقليدهم الآباء، كما يطرح (باندورا) مفهوم الحتمية المتبادلة الذي يلخص العلاقة بين السلوك والشخص والبيئة، حيث أن سلوك الفرد يتأثر بالبيئة وأن الإنسان يؤثر في بيئته بما لديه من عمليات معرفية، أي أن الإستجابات التي تصدر عن الفرد حيال الظروف الضاغطة تؤثر على مشاعره وإنفعالاته، كما أن سلوك ومشاعر الفرد في ظل الظروف الضاغطة تتأثر بطريقة إدراكه للموقف، فالإستجابات غير التكيفية للمواقف الضاغطة تؤدي إلى تفاقم الضغوط لدى الفرد.

ويشير كذلك إلى أن قدرة الفرد على التغلب على الأحداث الضاغطة يتوقف على درجة فعالية الذات وأن هذه الأخيرة تتوقف على البيئة الإجتماعية للفرد وعلى إدراكه لقدراته وإمكاناته في التعامل، فعندما يدرك الفرد أنه يستطيع مواجهة المواقف الضاغطة فلن يعاني التوتر والقلق، ولكن إذا إعتقد الفرد أنه لا يستطيع التعامل فهذا يسبب له القلق والتوتر ومن ثم يرى البيئة حافلة بالتهديدات والضيق، ويؤكد (باندورا) أن الشخص عندما يواجه بموقف معين فإنه يقيم الموقف من خلال نوعين من التوقعات وهما توقع النتيجة وتوقع الفعالية، وتشير الأولى إلى تقويم الفرد لسلوكه الشخصي والذي يؤدي إلى نتيجة معينة، والثانية تشير إلى إعتقاد الشخص وقناعته بأنه يستطيع تنفيذ السلوك الذي يتطلب حدوث النتيجة بشكل ناجح.

3- النظرية الإنسانية:

يؤكد أصحاب هذا المنحنى على دراسة الخبرة الذاتية للفرد كما يدركها وليس كما هي عليه في الواقع، ومن أبرز رواد هذا الإتجاه (ماسلو) و (روجرز).

فماسلو وضع الدوافع الإنسانية على شكل هرمي قاعدته الحاجات الفيزيولوجية ثم يأخذ في الإرتقاء نحو حاجات نفسية أعلى كالحاجة إلى الأمن والحب والتقدير وتحقيق الذات ولا يمكن للفرد إشباع الحاجات في قمة الهرم دون إشباع الحاجات الدنيا، ومحاولات الفرد لإشباع الحاجات الدنيا إشباعا تاما يؤدي إلى الشعور بالتوتر والضغط، أي أن الضغوط تنتج عن فشل الفرد في إشباع الحاجات الأولية وكذا النفسية. أما كارل روجرز رائد نظرية العلاج المركز حول العميل والتي تقوم على مفهوم الذات أي أن الفرد يستجيب للمواقف حسب ما لديه من معارف وخبرات ذاتية وليس كما هي عليه في الواقع، أي فكرة الفرد عن ذاته تمثل عاملا هاما في إدراك المواقف التي يتعرض لها في حياته، ولذلك فإذا كان مفهوم الفرد عن ذاته إيجابيا فإنه يدرك المواقف بأنها لا تمثل تهديدا أو ضررا، أما إذا كان مفهومه عن ذاته سلبيا فإنه يكون عرضة للقلق والتوتر والضغط، لأن مفهوم الذات السلبي يعمل على تحريف وتشويه إدراكات الفرد للموقف في الإتجاه السلبي .
ومن خلال ما سبق يتضح أن الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته هي التي تحدد التفسير والإدراك لمعنى الأحداث والمواقف التي يتعرض لها الفرد ولذلك فإن الشعور بالضغط والتهديد يتأثر بمفهوم الذات.

4- النظرية المعرفية:

إن إستجابة الفرد للأحداث في البيئة تتحدد بشكل كبير بتفسيرات الفرد لهذه الأحداث، وتبرز أهمية الدور المعرفي في نشأة الضغوط في النموذج التفاعلي الذي قدمه (لازاروس وفولكمان) والذي أكد فيه على أهمية عملية التقييم الأولي والثانوي في نشأة الضغوط والتعامل معها، كما يستند هذا المنحنى أيضا إلى أفكار علماء النفس المعرفين الآخرين مثل (ألبرت أليس وآرون بيك وميكنبوم) والذين يؤكدون فيها على أن العوامل المعرفية تلعب دورا كبيرا في نشأة الضغوط لدى الفرد، وأن الإعتقادات السلبية لدى الفرد هي لب المشكلة والضغط، فألبرت أليس مثلا رائد الإرشاد العقلاني الإنفعالي يرى أن الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد ليست هي التي تسبب له الضغط وإنما الطريقة التي يدرك بها الفرد هذه الظروف

وعلى نسق الإعتقادات اللاعقلانية التي يكونها عنها حيث أن هذه الإعتقادات اللاعقلانية تؤثر على الإنفعال الذي بدوره يؤثر على السلوك، أما آرون بيك (1976) فيرى أن الضغط إستجابة يقوم بها الكائن نتيجة لموقف يضعف من تقديره لذاته أو مشكلة يصعب حلها وتسبب له إحباطا أو موقف يثير أفكارا عن الشعور بالعجز واليأس لديه، ومن هنا فإن طريقة تفكير الفرد وإدراكه للموقف تؤثر في إنفعالاته وسلوكه كما أنها تحدد مدى تأثره بالمواقف التي يواجهها.

أما (ميكنبوم) فيرى أن الضغوط تحدث نتيجة الأحاديث الذاتية السلبية وكذلك التخيلات غير المناسبة إتجاه المواقف، حيث أن هناك تأكيدا من (ميكنبوم) على أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد للضغط تتأثر إلى حد كبير بالكيفية التي يقيم بها الفرد مصدر الضغط، وبالكيفية التي يقيم بها نفسه وقدرته على المواجهة، فالعبارات التي يقولها الشخص لنفسه حول موقف الضغط وقدرته على التعامل معه تؤثر على سلوكه في هذا الموقف. (الشناوي والسيد، 1994، 127)

5- النظرية الإجتماعية والثقافية:

يفترض هذا المنحنى أن المجتمع والبيئة يفرض على الأفراد العديد من المتطلبات والقيود والمعايير الإجتماعية التي تمثل مصدرا للضغط، مثل الحروب والكوارث الطبيعية والفقر والتمييز العنصري، أحداث العنف والجريمة وتفاقم مشكلات الصحة مثل الإدمان والإنتحار...الخ، كما أن التغيرات الإجتماعية والثقافية التي تطرأ على إعتقادات الأفراد وقيمهم وتقاليدهم ساهمت بشكل كبير في خلق مستويات مرتفعة من الضغط، وتتضمن هذه التغيرات تصدع الأسرة وتفككها وتقلص الشبكة الإجتماعية للفرد مما جعله يشعر بالعزلة والوحدة، إضافة إلى التغيرات السريعة في المجال الإقتصادي مما زاد من البطالة وإرتفاع الأسعار وصعوبة الحصول على الوظائف...الخ من المشكلات الموجودة في بيئة الفرد والتي لا يستطيع أن يكون بمنئى عنها مما أثر على صحته النفسية والجسدية، ولذلك ووفقا للمنحنى الإجتماعي والثقافي فإن الضغوط تنتج لدى الأفراد عندما

تفوق المتطلبات الإجتماعية قدرات الفرد أو تنتج من الصراعات الناتجة عن رغبات الفرد وحاجاته إلى مواكبة التطور والتغير الإجتماعي السريع والمحافظة على معايير وقيم المجتمع . (حسين وحسين، 2006، 218)

تعقيب عام: لقد تعددت المناحي والإتجاهات المفسرة لظاهرة الضغط بين الإتجاه السيكودينامي والمنحنى السلوكي والمعرفي إلى الإنساني والثقافي الإجتماعي، ومن خلال عرض النظريات السابقة فلا بأس من التعقيب عليها حسب ما وردت.

فبالنسبة لنظرية التحليل النفسي وكما هو معروف عنها مغالاتها في التركيز على الصراع بين الهو والأنا الأعلى، وفسرت الضغوط من منظور غريزي حيث أن الفرد يشعر بالضغط عندما لا يستطيع إشباع غرائزه أو حينما يجد الصد من الأنا الأعلى المتمثل في قيم ومعايير المجتمع ولذلك فوقوع الفرد بين إندفاع الهو ومقاومة الأنا الأعلى يجعله يشعر بالتوتر وعدم الإرتياح ولذلك ومن أجل التخفيف من هذا التوتر فهو يلجأ إلى أساليب لا شعورية للتوافق متمثلة في ميكانزمات الدفاع، والنقد الذي يمكن أن يوجه إلى هذه النظرية أن الضغط ليس مصدره داخلي (غريزي) فقط وإنما له مصادر خارجية متعددة وكذا مواجهتها لا يتم بأساليب لا واعية غير ناضجة وإنما يتطلب أساليب شعورية واعية متمثلة في إستراتيجيات لمواجهته من أجل تحقيق التكيف.

أما السلوكيون فهم يؤكدون على دور البيئة في إحداث الضغط، وإعتبار هذا الأخير كغيره من الظواهر المتعلمة فهو سلوك يتم تعلمه من خلال الإشراط والتعزيز رغم أن السلوكيون الجدد يرون أن الضغط لا ينتج فقط من خلال الإرتباط البسيط بين المثيرات والإستجابات وإنما هناك متغيرات وسيطة تتمثل في بعض العمليات المعرفية التي من خلالها يضفي الفرد معنى على الأحداث والمواقف والنقد الذي يمكن توجيهه إلى النظرية السلوكية بإهمالها إلى الدور الفعال للفرد في عملية الإنضغاط بما يمتلكه من خصائص شخصية (وجدانية ومعرفية) والتي تلعب دورا مهما في الشعور بالضغط.

أما الإتجاه المعرفي فيعتبر من بين الإتجاهات التي فسرت الضغط من منظور أقرب إلى التكامل لعدم إغفالها أي بعد من أبعاد منظومة الضغط ألا وهي الفرد والبيئة والتفاعل بينهما، كما ركزت على الدور الإيجابي للفرد من خلال عملياته المعرفية في التقييم وإعادة التقييم للحدث وعليه يشعر الفرد بالإنضغاط. رغم ذلك فالمعرفيون غالوا في الإهتمام بدور العمليات المعرفية في الشعور بالضغط دون الإهتمام بخصائص المواقف أو البيئة ودورها في ذلك.

أما الإتجاه الإنساني فما يؤخذ عليه تركيزه على عدم إشباع الحاجات الإنسانية الأساسية كسبب في الشعور بالضغط إلا أنه في الواقع توجد شواهد عديدة لأفراد لم يشبعوا حاجاتهم الأساسية، رغم ذلك لن تظهر عليهم علامات التوتر والإنضغاط بل نراهم يسعون جاهدين لتحقيق حاجات أسمى كحاجات الحب والأمن وتحقيق الذات...الخ، كما أن تركيز الإتجاه الإنساني على خبرة الفرد عن ذاته كمؤشر للشعور بالضغط يعتبر غير مقبول لأن مغالاة الفرد أو نظرته غير الواقعية لذاته قد تزيد من الشعور بالضغط رغم أن خصائص المواقف والأحداث المحيطة بالفرد قد لا تحمل في طياتها أي خطر أو تهديد.

أما الإتجاه الإجتماعي والثقافي فقد ركز على المصادر الخارجية والمتغيرات الثقافية والإجتماعية في إحداث الضغط، إلا أنه في الواقع الضغط ينتج من خلال التفاعل بين الفرد وبيئته، حيث أن أنصار هذا الإتجاه يهملون دور الفرد ويرون أنه سلبي فهو يتأثر فقط بالأحداث والمواقف المحيطة به دون أن يؤثر فيها. ولذلك فإن الباحثة ترى أن تفسير ظاهرة الضغط لا يتم من خلال منظور أو إتجاه واحد لأن الضغط كما أشرنا سابقا عبارة عن منظومة ولذلك فإن الفهم الجيد للظاهرة يتم من خلال التكامل بين المناحي السابقة.

6- العوامل المرتبطة بإدراك الضغوط النفسية:

إن الإحساس بالضغوط يرتبط بعدة عوامل بعضها يرتبط بشخصية الفرد والبعض الآخر ببيئته ولذلك تقسم عادة العوامل المرتبطة بإدراك الضغط إلى عوامل معرفية وشخصية وبيئية وفيما يلي عرض بهذه العوامل:

1- العوامل المعرفية:

أ- الذكاء الإنفعالي:

بعد من المفاهيم الحديثة نسبيا والتي حظيت بإهتمام الباحثين ويؤكد التراث السيكولوجي على الدور المتعاظم الذي يلعبه الذكاء الإنفعالي في حياة الإنسان المعاصر حيث يرتبط بالأساليب الفعالة في التعامل مع الصراع وبأساليب القيادة الناجحة، كما يسهم كعامل وسيط في العلاقة بين الضغوط والصحة الجسمية والنفسية، حيث يعمل على وقاية الأفراد من التأثيرات السلبية للضغوط النفسية حيث ترتبط الضغوط بإرتفاع مستوى القلق والإكتئاب والشعور باليأس لدى الأفراد منخفضي القدرة على إدارة إنفعالاتهم بالمقارنة بأقرانهم مرتفعي هذه القدرة الذين يخبرون مستويات منخفضة من هذه الإنفعالات، كما يلعب دورا هاما في تنمية القدرة على تحمل الضغوط وفي الوقاية من الإحتراق النفسي ومن النتائج السلبية للضغوط في بيئة العمل، كما أنه ينبئ بالقدرة على التعامل الجيد مع الضغوط كمهارة أساسية من مهارات الحياة .(تفاحة، 2007، 157)

إذ أن إنخفاض الذكاء الإنفعالي يرتبط بالأساليب غير التكيفية مع الضغوط وبضعف المهارات الإجتماعية وضعف مهارات التفاعل الإجتماعي وعدم القدرة على إقامة علاقات إجتماعية حميمة ومساندة لمساعدته في الأزمات والضغوط التي قد يتعرض لها.

ب- الذكاء العام والقدرة على حل المشكلات:

يعتبر الذكاء من الصفات الإنسانية التي إستحوذت على إهتمام كثير من علماء النفس والمستعرض لتعاريف الذكاء نجدها تهتم بوظائف الذكاء مثل التفكير والتكيف والنقد والتعامل مع البيئة والإبتكار أكثر من إهتمامها بطبيعة الذكاء نفسه ومنها تعريف جاريت(Garrett)) بأنه القدرة على التوافق مع البيئة أو التعلم من الخبرة أما (وكسلر) فيرى أنه قدرة الفرد على العمل في سبيل هدف أو على التفكير وعلى التعامل بكفاءة مع البيئة. (راجح، 1980، 384)

أمـا القـدرة علـى حـل المـشكلات فـيرى معظـم البـاحثين مثـل دنكـان(Dunkan) "أن الوصول إلى حل صحيح لأي مشكلة يمكـن أن يـأتي مـن خلال القدرة على تكامل وتنظيم الخبرات الماضية، أو هـي الطريقة التي يعـالج بهـا الفـرد المواقـف الجديـدة مـن خـلال المعلومـات والحقـائق الـتي حفظهـا وكيفيـة إسـتخدامها في المواقـف الجديـدة بشكل مناسب يساعد على حل المشكلة". وعـن علاقـة هـذه القـدرة بالـضغوط وجـد كـل مـن (درزيـلا وشـيدي) (D'zurilla&tSheedy1991) أنهـا تـرتبط سـلبا مـع الـضغوط النفـسية. (العدل، 1995، 168)

أما بالنسبة للعلاقة بين القدرات العقلية العامة والضغوط وجد كل من (داليـب، سودرشـان) (Dalup,Sudarshan1990) فروقـا دالـة بـين مـستويات الـضغوط النفـسية الثلاثـة (مرتفـع، متوسـط، منخفض) في أداء المهـام لـصالح منخفضي الضغوط، لأنه من المعروف أن ذوي القدرات العقلية العالية لـديهم قـدرة أكثر على تنظيم المعلومات وإستخدام إستراتيجيات أفضل في الحل، كما أن لديهم سرعة أكبر عند تجهيز المعلومات كذلك فإن قدرتهم على التصور الذهني وتوقع الصورة النهائية للحل أكبر وأفضل، ولـذلك فإن إدراكهـم وتقييمهم للمواقـف الـضاغطة سـيكون أفـضل مـن منخفضي هـذه القـدرات والـذين نجـدهم يحـسون بالضغط أكثر ويشعرون بتهديد المواقف وتحديها لقدراتهم.

ج- الإدراك والتفسير المعرفي:

إن بعض الأحداث تكون ضاغطة لبعض الناس ولا تكون كذلك بالنسبة للبعض الآخر وهذا الإحساس لا يعتمد على شدة ودوام الحدث الضاغط وإنما يعتمـد على إدراك الفرد لها على أنها ضاغطة أم لا، فالمعالم الموضوعية للأحداث تتـأثر ببعض التفسيرات الذاتية للناس وهذا يحدد في النهاية التأثير النفسي لها. وفي هـذا الـصدد قـدم هـورويتز (Horwitz1976) نموذجـا سمـاه بالميـل المعـرفي للإكتمـال وأفترض فيه أن الناس يكونون بحاجة شديدة إلى تخفيف التعارض أو التناقص بـين المعلومات الجديدة الـتي تـأتي مـن البيئـة والمعلومـات القديمـة(خبراتهم القديمـة) عـن أنفسهم والأخرى في بيئتهم". (عبد المعطي، 2006، 56)

حيث أن الأحداث الضاغطة تواجه الفرد بمتطلبات (معلومات) مرتفعة التعارض مع المتمثلات الموجودة لديه حول الذات والعالم، وبذلك فإن هدف الإكتمال المعرفي هو إستوعاب الحدث في البناء المعرفي بالطريقة التي تخزن بها المعلومات عن كل الأحداث، والمتمثلات الموجودة تكون ذات عمليات دائرية ومتكررة وبالتالي إعادة التفسير حتى الوصول إلى حل التناقض، وعلى ذلك فإعتبار حدث أو مثير ما ضاغطا سوف يعتمد على الإدراك المعرفي للموقف على أنه ضاغطا ومهددا للفرد أم لا.

د- **العزو السببي:**

تعتبر عملية العزو أسلوبا عقليا يرجع إليه الفرد لتكوين أحكام حول أسباب سلوكه (تفكيره وشعوره وتصرفه) وسلوكيات الآخرين، ويشير بالخصوص إلى الآليات العقلية التي يستخدمها الفرد من أجل تفسير وفهم الأحداث والمواقف التي يتعرض لها.

إن الخطوط العريضة لنظرية العزو تنص على أن الأفراد يحاولون تكوين أحكام وتفسيرات حول سلوكهم وتلعب هذه التفسيرات السببية(العزو) دورا هاما في تحديد السلوك والتنبؤ به. (يخلف، 2001، 121)

إن العزو يشير إلى الكيفية التي يدرك بها الفرد سلوكه أو سلوكيات الآخرين ويعزو حدوثه لأسباب معينة مثلا(داخلية أو خارجية) سلبية أو إيجابية،وعن دور الفرد في إدراك الضغوط فقد تزايد الإهتمام في السنوات الماضية بموضوع العزو، حيث أدرك بعض العاملين في مجال الصحة علاقة بعض المشكلات الصحية بأساليب العزو السلبية وعليه يعتبر أسلوب العزو أحد العوامل المرتبطة بإختلال صحة الفرد، ووفقا لهذه الفرضية فقد أظهرت نتاج دراسة بترسون وسليجمان(Peterson & Seligman1987) على عينة مكونة من 172 طالبا أن الأفراد الذين يستخدمون أسلوبا سلبيا في تعليل أو تفسير الأحداث الضاغطة التي يتعرضون لها في الحياة قد يتعرضون لخطر الإصابة بالأمراض أكثر من غيرهم، وفسر الباحثان ذلك بأن هناك آليتين محتملتين لكيفية تأثر أساليب العزو على

الصحة، أو لهما أن للتشاؤم ومشاعر العجز تأثيرا مباشرا على الجهاز المناعي وهذا ما أكدته العديد من الدراسات .(يخلف، 2001، 133)

2- عوامل الشخصية:

تعتبر خصائص الشخصية من بين العوامل المرتبطة بالإحساس بالضغوط حيث أنها تعمل كمتغيرات وسيطة في العلاقة بين إدراك الضغط والصحة وسنحاول التركيز على عوامل الشخصية التي يمكن أن تعمل كمصادر مقاومة أثناء الفترات الضاغطة منها:

أ- كفاءة الذات:

تعتبر فعالية الذات من العوامل الهامة التي تساعد الأفراد على مواجهة الضغوط، ويشير هذا المفهوم إلى إعتقاد الفرد بأن لديه القدرة على التعامل والسيطرة بفاعلية على المواقف والأحداث التي يتعرض لها، وأن مفهوم الفرد عن فعالية ذاته يظهر من خلال التقييم المعرفي لقدراته ومن خلال تعدد الخبرات التي يمر بها حيث تعمل هذه الخبرات على مساعدة الفرد في التغلب على الضغوط التي تواجهه.

فالأفراد ذو المستويات المرتفعة من فعالية الذات يرون أنفسهم قادرين على التعامل مع المواقف الضاغطة والصعبة، وبالتالي يحسون بأن المواقف لا تشكل ضغطا لديهم أما الأفراد ذو فعالية الذات المنخفضة يعانون الفشل في التعامل مع الضواغط ومن ثم يشعرون بالضغط وهكذا تعتبر فعالية الذات من المصادر أو العوامل الشخصية التي تساعد الفرد على المواجهة.

ب- الصلابة النفسية:

تشير الصلابة النفسية إلى سمة من سمات الشخصية التي يستند إليها الفرد في مواجهة الآثار النفسية والجسمية السلبية الناجمة عن الضغوط كما أنها تلعب دورا هاما في عملية التقييم المعرفي للموقف وعملية المواجهة التي يقوم بها الفرد إزاء الأحداث الضاغطة، حيث أن الأفراد الذين يتسمون بالصلابة النفسية يستطيعون مواجهة الضغوط بفاعلية وإقتدار، وعلى العكس من ذلك يميل ذو الصلابة النفسية

المنخفضة إلى النكوص والتجنب والإبتعاد عن المواقف الضاغطة، وفي هذا الصدد يشير فريدنبرج (Frydenberg)1997 وتيلور (Taylor)1996 إلى أن الأفراد ذو الصلابة المرتفعة يقدرون المواقف الضاغطة بطريقة مرضية ويستخدمون إستراتيجيات مواجهة أكثر فاعلية مقارنة بالأفراد ذوي الصلابة المنخفضة. (حسين وحسين، 2006، 132)

ج- نمط الشخصية:

من مجموعة خصائص الشخصية المعرضة للضغط التي لاقت إهتماما وتحليلا واسعا ما يسمى بالطراز (أ)، وهو يشير إلى مجموعة أشخاص يتميزن بإحساس إلحاح الوقت، نفاذ الصبر، سرعة التهيج، الغضب، العدائية وعلى عكس ذلك يكون الأفراد من طراز (ب) أكثر هدوءا وتمهلا وأكثر جرأة ولقد أشار عديد من الباحثين على أن نمط (أ) يكونون ذوي رد فعل ساخن ويفضل إستخدام مصطلح السلوك المعرض للأزمات لوصف هذه الفئة بدلا من طراز(أ)، فهم عندما يواجهون بالتحديات فإنهم يقاومون بسرعة جدا وترتفع دقات قلوبهم عالية مما يؤدي إلى تحطم جهازهم الدوري.(عبد المعطي، 1991، 281)، أما نمط الشخصية (ب) فيظهر لدى أصحاب هذا النمط غياب روح الكفاح أو إلحاح الوقف أو نفاذ الصبر بمعنى أن أفراد هذا النمط يكونون أكثر هدوءا وبذلك فهم يقيمون الأحداث الضاغطة بأنها أقل تهديدا وضررا مقارنة بذوي نمط (أ).

د- الإنبساطية:

يذكر نيوفيلد(Newfeled) 1989أن أي محاولة لربط الفروق الفردية في الشعور بالضغط بالشخصية يجب أن يبنى على أساس أكبر بعدين للشخصية وهما الإنبساطية والعصابية، هذان البعدان لهما مكانة خاصة ليس لأنهما أكثر الأبعاد ظهورا في دراسات التحليل العاملي ولكن لقدرتهما الكبيرة على التنبؤ بالتأثيرات الموجبة أو السالبة للضغط، وفي هذا الإطار يشير عادل عبد الله (1995) إلى عدد من نتائج الدراسات التي حاولت الربط بين الإحتراق النفسي والذي يعتبر درجة من درجات الضغط وبين سمات الشخصية ومنها دراسة (Jolly1986) والتي أوضحت

أن معلمات المرحلة الإبتدائية الأقل إحتراقا كن منبسطات بينما المعلمات أكثر إحتراقا كن أكثر إنطواء وأقل شعورا بمكانتهن الإجتماعية. (عبد الله، 1995، 350)

و- موضع الضبط:

لقد حظي موضع الضبط بإهتمام واسع ضمن عوامل الشخصية المرتبطة بمدى الإحساس بوطأة ضغوط الحياة، فمن المعتقد أن موضع الضبط يؤثر في الإحساس بالضغوط فالأفراد ذوي الضبط الداخلي أقل إستجابة للمواقف الضاغطة من أصحاب الضبط الخارجي، لأن الأفراد ذوي الضبط الداخلي يعتقدون أنه بإستطاعتهم تحديد ما سوف يحدث لهم، وبالتالي فهم يستطيعون التحكم والهيمنة على المواقف ومتطلبات البيئة التي يواجهونها فيما يعتقد ذوي الضبط الخارجي أنهم لا يستطيعون التحكم في الأحداث وأنهم تحت رحمة وسيطرة قوى وعوامل خارجية مما يزداد من إحتمال وقوع هذه الفئة تحت طائلة الضغوط.وبالتالي فوجهة الضبط كخاصية من خصائص الشخصية تفيد التنبؤ بطريقة إستجابة الأفراد في المواقف التي يتواجدون فيها وللأحداث المحيطة بهم وفي نفس الإطار قام كادفيد ولونينبرج (Kadvid,Launinbrg) بدراسة العلاقة بين ضغوط المهنة ومركز الضبط لدى المعلم حيث طبقت على عينة مكونة من191 معلما بالمرحلة الثانوية فأوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين المعلمين ذوي مركز الضبط الداخلي وذوي مركز الضبط الخارجي في ضغوط المهنة لصالح ذوي مركز الضبط الخارجي. (البشراوي، 2005)

فالإضافة إلى العوامل المعرفية والشخصية الإيجابية(الواقية من الضغط) هناك خصائص شخصية تزيد من إحساس الفرد بالضغط وأهمها:

أ- العجز المكتسب:

أو العجز المتعلم والذي أكتشف من طرف مارتن سليجمان (M.Selgman) ويعرفه بأنه "النتيجة السلبية للخبرات المتكررة للفشل مرتبطة أيضا بفقدان القوى.(shwitzer, 2002, 24)

ويعرفه كذلك بأنه" حالة نفسية تصيب الفرد نتيجة تكرار تعرضه للأحداث الضاغطة بفقدان القابلية للتحكم فيها من قبل الفرد، ويعتبر مفهوم العجز وعدم التحكم هو حجز الأساس في فهم العجز المكتسب. (شويخ، 2007، 106)

فالأبحاث المخبرية في نهاية الستينات أظهرت أن تعرض الكائن الحي لصدمات كهربائية غير قابلة للتحكم يؤدي بالكائن الحي إلى حالة من العجز أو الوهن، كما أجريت التجارب على الإنسان لتفسير ظاهرة العجز، حيث بينت أن العجز يكون بدرجة أكبر لدى الأفراد الذين يتصفون بالقلق الشخصي الواضح، والذين لا يثقون في أنفسهم، كما أكدت التجارب على أن مشاعر العجز غالبا ما تظهر عند الإنسان حينما يرتبط الفشل المتكرر في وعيه وإدراكه بغياب القدرات الضرورية للأداء الناجح، وفي هذه الحالة يفقد الإنسان الرغبة في المحاولة ومضاعفة الجهود لاحقا. (خليفة، 2000، 234)

وبذلك فتكرار تعرض الفرد للمواقف الضاغطة أو الصادمة مع عدم القدرة على التحكم أو الضبط يزيد من تعرض الفرد للعجز وفي سنة (1975) قدم سيلجمان ثلاث نتائج أساسية للعجز وهي:

أ- **التشاؤم (الإضطراب المعرفي)**: ويعني بها تلك الصعوبة في الربط بين الفعل ونتائجه مثل قول الفرد" ما أفعله ليس له تأثير على بيئتي أو على الموقف الذي أواجهه".

ب- **السلبية**: وتتمثل في قوة دافعة منخفضة، كقول الفرد العاجز لن أبذل جهدا أو محاولة في هذا الموقف لأنه لن يحصل شيء.

ج- **الضرر الإنفعالي**: ويتمثل في نمو وزيادة الشعور بالوهن والحزن والكآبة.

ويضيف (سيلجمان) أنه في الواقع ليست الأحداث غير المرغوب فيها(الضاغطة) هي التي تخلق الشعور بالإنهاك والعجز ولكن إدراك الفرد لعدم القدرة على التحكم فيها . (Trzepizur ,2008 ,26)

2- **العوامل الإجتماعية:** ومن هذه العوامل نجد:

أ- **المساندة الإجتماعية:**

يقصد بها تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين يمكن أن يدركها على أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها أو أنها السند العاطفي الذي يستمده الفرد من آخر بالقدر الذي يساعده على التفاعل الآلي مع الأحداث الضاغطة ومع متطلبات البيئة التي يعيش فيها. (أراجايل، 1993، 47)

وتلعب المساندة الإجتماعية دورا هاما في خفض المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة وتتوسط العلاقة بين ضغوط الحياة وأشكال المعاناة النفسية أو الجسمية كما يعتبر عاملا هاما في مواجهة الحدث الضاغط فهي توفر حاجز ضد مسببات الضغوط ليتمكن الفرد من المقاومة، كما أنها لها دورا وقائيا إذ أن لها أثرا مخففا لنتاج الأحداث الضاغطة فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت إستجاباتهم لتلك الأحداث تبعا لتوفر مثل هذه العلاقات الودودة والمساندة حيث يزداد إحتمال التعرض لإضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة الإجتماعية كما ونوعا .(عبد الرحمن، 2000، 319)

7- الآثار المترتبة عن الضغوط النفسية على الصحة النفسية والجسمية:

من المسلم به أن الضغوط لا تؤثر فقط على الصحة النفسية للفرد، بل يمتد تأثيرها ليشمل الصحة الجسمية، وذلك من خلال النقص في كفاءة الجسم وقدرته على مقاومة الأمراض، حيث تؤدي الضغوط إلى حدوث تغيرات على مستوى الجهاز العصبي المركزي (تنشيط الهيبوتلاموس وإفراز هرموني الأدرينالين والكوريتزول) بما يؤدي إلى إضعاف جهاز المناعة، وبالتالي تقليل الدفاعات الجسمية ضد الأمراض، بالإضافة إلى أن الضغوط قد تدفع الفرد إلى بعض الممارسات والسلوكيات غير الصحية كالتدخين أو تعاطي العقاقير غير المشروعة للتخفيف من المشاعر السلبية الناجمة عنها، مما يؤدي إلى تزايد نسبة السموم في الجسم وبالتالي تعرضه للإرهاق والإستنزاف والإصابة بالأمراض. (حسيب، 2006، 152،153)

ولعله من المفيد أن نعرف أولاً أنه عندما يستفز الإنسان أو يتعرض لمواقف مثيرة للتوتر فإنه يستثار العصب السمبثاوي الذي يقوم بإفراز هرمونات معينة تعطي الجسم طاقة هائلة لإستخدامها في المواجهة أو الهرب. وأهم هذه المواد مادتا الأدرنالين والنورادرنالين من الغدد الكظرية، وهي محفزات قوية تحدث تغيرات في الجسم تشمل زيادة في دقات القلب وضغط الدم والإستقلاب أو حرق الطاقة وزيادة ملحوظة في تدفق الدم لعضلات الذراعين والساقين . وهذا يرفع من قدرة الجسم على الأداء والإستجابة، وهو بمثابة إعلان لحالة الطوارئ في الجسم وكلها إستجابات لا إرادية يقوم بها الفرد استعدادا للمواجهة أو الهرب، لكن في حالة عدم ترجمة هذه التحولات إلى حركة كالقتال أو الفرار وتكرر حدوثها لفترات طويلة فإنها تحدث دماراً في الجسم يشمل ضغط الدم وأمراض القلب والسكتات الدماغية وتعطل وظائف الكلى ومضاعفات أخرى.

أما عالم الغدد الصماء (هانز سلبي) فيرى أن التعرض المتكرر للضغوط يترتب عليه تأثيرات سلبية كالفوضى والإرتباك في حياة الفرد والعجز عن إتخاذ القرارات، وتناقص فعالية سلوكه وعجزه عن التفاعل مع الآخرين، وظهور أعراض لأمراض جسمية، وغير ذلك من نواحي الإختلال الوظيفي. (منصور والببلاوي، 1989، 145)

كما أنه أصبح من المسلم به حاليا أن كثيرا من الأمراض الجسمية يمكن أن تكون لها جذورا سيكولوجية، ومن هنا نشأ فرع جديد من فروع الطب هو الطب السيكوسوماتي وهي تسمية تؤكد تأثير الضغوط النفسية على حدوث الأمراض السيكوسوماتية، وأصبحت هذه الإضطرابات تعرف بأنها" مجموعة الإضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها الضغوط النفسية، وتعرف كذلك في دائرة المعارف البريطانية بأنها الإستجابة الجسمية للضغوط الإنفعالية والتي تأخذ شكل إضطرابات جسمية مثل الربو، قرحة المعدة، القولون، ضغط الدم، والتهابات المفاصل والإضطرابات الجلدية .(عبد الظاهر، 1984، 48)

وفي سياق الحديث عن تأثير الضغوط على الصحة الجسمية توصلت الدراسات السابقة إلى الإرتباط بين الضغوط والمرض "فقد أشارت نتائج دراسة هوس وآخرون(Hous & all1979) إلى وجود علاقة بين الضغوط المهنية والمشاكل الأسرية والضغوط الشخصية وبين الإضطرابات الجسمية التي تمثلت في قرحة المعدة وزيادة ضغط الدم وأمراض القلب والذبحة الصدرية ". (علي، 1997، 212)

كما توصلت دراسة أحمد عبد الخالق (1993) إلى "أن أعلى مستويات الإضطراب النفسي والعضوي كان لدى الأفراد الذين يتعرضون لضغوط بيئية مرتفعة وأن التعرض لهذه الضغوط لا يسبب القلق المزمن فحسب بل أنها أيضا تغير من معدلات كل من الإضطرابات النفسية وتؤدي إلى الوفاة وإلى تقدم العمر". (عبد الخالق، 1993، 160).

ولهذا فإن التعرض المستمر ولفترات طويلة للضغوط لا يؤثر فقط على الصحة النفسية وإنما حتى على الصحة الجسدية ومن بين الأعراض النفسية للضغوط ما يلي:

أ- **التأثيرات المعرفية للضغط:** ويظهر في نقص مدى الإنتباه والتركيز، إضطراب القدرات، تدهور الذاكرة طويلة وقصيرة المدى، إزدياد معدل الأخطاء في الأداء، إزدياد الإضطرابات الفكرية، (فونتانا، 1993، 28).

ب- **التأثيرات الإنفعالية:** زيادة التوتر الفيزيولوجي والنفسي، زيادة معدل الوساوس، إزدياد المشكلات الشخصية، سرعة الإنفعال وتقلب في المزاج، العصبية، الشعور بالإحتراق النفسي، الإكتئاب، الإحساس بتأكيد الذات بشكل حاد.

ج- **التأثيرات السلوكية:** نقص الميول والحماس، تزايد نسب تغيب الفرد عن العمل، إنخفاض مستوى الطاقة، إضطراب عادات الفرد، إزدياد عدم الإطمئنان والشك في الآخرين، إزدياد سوء إستخدام العقاقير الطبية(إفراط) غياب الإهتمام بالعلاقات مع الآخرين ...الخ .(عسكر، 2003، 221)

ثانيا- الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة :

تعتبر مرحلة الشباب من المراحل المهمة والحرجة في النمو الإنساني، إذ يعيش الشباب ضغوطا متعددة، بعضها نابع من تغيرهم الجسمي والعقلي والإجتماعي والإنفعالي، وأخرى نابعة من المجتمع وما فيه من تغيرات ترتبط بظروف المجتمع بكل شرائحه الإجتماعية الإقتصادية الثقافية وبالظروف العالمية بتغيرات وتحديات نجدها تأخذ طابعا مميزا لهذا العصر خصوصا، ذلك ما يفرض في الحقيقة واقعا قد يواجه معه أسباب أزمة قد تنعكس على كل مجالات حياته وفاعليتها، وقد يدفع الشباب ثمنها في أشكال متعددة من المشكلات أو الإضطرابات .(إبراهيم، 2007، 298،299)

ولذلك سنحاول في هذا الفصل التعرف على طبيعة الضغوط التي يتعرض لها الطلبة الجامعيون وتعريفها وتحديد مصادرها وكذلك التطرق إلى أعراض هذه الضغوط لديهم.

1- التعريف بمرحلة الشباب والشباب الجامعي:

يطلق بعض الباحثين على المرحلة الإنتقالية أو مرحلة العبور من المراهقة إلى الرشد والتي تقابل المرحلة العمرية من18 إلى23سنة مرحلة الشباب، رغم أن آخرين يطلقونها حتى على فترة المراهقة، والبعض الأخر يطلق على الفرد الذي يكون في هذه المرحلة العمرية مصطلح _ الراشد الشاب_ في حين يقصرها البعض الآخر بسنتين(18_20) وقد تزيد بسنتين عن هذه الفترة (18- 25).

والمتخصصون المحدثون في علم النفس ليس لديهم تحديد قاطع لفترة الشباب، فهناك وجهات نظر مختلفة في ذلك، ويشير بعض الباحثين إلى أن سن الشباب يبدأ من البلوغ إلى سن الثلاثين، في حين يرى البعض أن بداية مرحلة الشباب ونهايتها يمتد من سن الثانية عشرة إلى سن الخامسة والعشرين بالنسبة للغالبية من أبناء المدن، الذين ساروا سيراً طبيعياً في نموهم وتعليمهم وهو يرى أنه بهذا التحديد تتقابل مع مراحل التعليم في البلاد العربية المتوسطة والثانوية والجامعية، أي أن طلاب كل هذه المدارس يعتبرون من الشباب ومعنيون ببرامج الشباب.

من الناحية الإجتماعية تُعرف فترة الشباب بأنها الفترة التي تبدأ حينما يحاول المجتمع تأهيل الشخص لكي يحتل مكانة إجتماعية ويؤدي دوراً في بنائه، وتنتهي حينما يتمكن الفرد من إحتلال مكانته وأداء دوره في السياق الإجتماعي وفقاً لمعايير التفاعل الإجتماعي، وبذا يعتمد تحديد الإجتماعيين للشباب كفئة على طبيعة ومدى إكتمال الأدوار التي تؤديها الشخصية الشابة في المجتمع.

ووفقاً لمعايير الأمم المتحدة فإن مرحلة الشباب هي المرحلة الإنتقالية بين تبعية الطفولة وتحمل حقوق وواجبات البالغين فهي مرحلة التجريب لأدوار ومهام جديدة، وهي العمر بين سن الخامسة عشر والرابعة والعشرين، وهو السن الذي يستعد فيه الشخص لحياة الكبار وتجربة المواطنة الكاملة والمشاركة الفعالة في العمليات الإجتماعية والإقتصادية للمجتمع الذي يعيش فيه، ويتم هذا الإعداد من خلال تعليم وتدريب وخبرة مكتسبة من السنوات الأولى في العمر.

من هنا فالشباب بحكم مرحلتهم العمرية يمثل نصف الحاضر وكل المستقبل فهم العنصر الحاسم لكل تقدم وإزدهار، وهم الذين يتحملون مسؤولية التنمية الإجتماعية والإقتصادية والسياسية في مجتمعاتهم، والشباب يمثلون الفئة التي تتعرض للعديد من المشكلات والإضطرابات نتيجة لمرحلة النمو التي يمرون بها، فهم في مفترق الطرق بين مرحلتي المراهقة والرشد ويحتاجون إلى توجيه ورعاية في المرحلة الحاسمة من حياتهم.

ويقع شباب اليوم تحت مؤثرات ومتغيرات عديدة تؤثر فيهم بدرجات متفاوتة وتدفعهم في إتجاهات شتى، الأمر الذي قد يؤدي بهم إلى حالة من عدم التوازن ونقص إشباع حاجاتهم، حيث أن المجتمع يعاني من مشكلات كثيرة في عصر تتضارب فيه القيم مما يؤثر على بنائه النفسي، وبالتالي على قدرته على العطاء.

وحيث أن مرحلة الشباب هي مرحلة تغير سريع لا تترك لبعض الأفراد فرص كافية لإعادة التنظيم، ومن ثم فهي فترة يضطرب فيها إتزان الشخصية ويرتفع مستوى توترها، بحيث تصبح معرضة أكثر إلى الإنفجارات الإنفعالية، ويعيش بعض

الشباب حالة من التوتر والقلق والتمزق النفسي مما يجعله عرضة للكثير من المشكلات لذلك فهو أكثر إحتياجا إلى التوجيه والإرشاد والإهتمام.

وإذا كانت تلك هي بعض السمات العامة للشباب، إلا أن الشباب الجامعي في هذه المرحلة يمثل الشريحة المميزة من هؤلاء الشباب، وعلى الرغم مما يصاحب سلوك الشباب في هذه المرحلة من بهجة وإقبال على الحياة، إلا أن هذه المرحلة يصاحبها كثير من المشكلات والإحباطات، وإشباع حاجات الشباب توصله إلى الإستقرار والإتزان، أما عدم إشباعها يترتب عليه توترات عضوية أو نفسية أو إجتماعية أو كلها معا.

ومن بين خصائص هذه المرحلة بالإضافة إلى ما سبق ما يلي :

1. الرضا بطبيعة الشخص ودوره كذكر أو أنثى .
2. علاقات جديدة مع رفاق السن من الجنسين .
3. الإستقلال إنفعاليا عن الأبوين وغيرهما من الراشدين .
4. محاولة الإعتماد على النفس إقتصاديا .
5. إختيار مهنة معينة .
6. أفكار ومهارات عقلية نامية تمكن الشباب من الإلتزام بالحياة المدنية .
7. قدرة على تحمل المسؤولية الإجتماعية وتحقيق ذلك بالفعل.
8. الإستعداد للزواج وتحمل أعباء الأسرة.
9. قيم واعية كونها الشاب الراشد تتفق مع تصور للعالم كاف من الناحية العملية أي أن الشاب أصبح قادرا على رسم فلسفة خاصة بالحياة وتحديد الطرق الموصلة للنجاح فيها. (الطفيلي، 2004، 266)

لذلك سنحاول في هذا الجزء التعرف على طبيعة الضغوط التي يتعرض لها الطلبة الجامعيون وتعريفها وتحديد مصادرها وكذلك التطرق إلى أعراض هذه الضغوط لديهم.

2- طبيعة ضغوط الحياة الجامعيـة:

تعد الحياة الجامعية أحد المراحل الرئيسية في حياة الطالب والذي من خلال تواجده فيها يستطيع بناء شخصيته الإنسانية والعلمية والمهنية والثقافية بدرجة كبيرة وفاعلة فيما لو أحسن التفاعل والإنسجام والإستفادة داخل الحياة الجامعية التي تعتبر نموذجا مصغرا لحياة الطالب بصورة عامة في مجتمعه . وخلال تواجد الطالب في الجامعة يتعرض إلى العديد من المواقف الدراسية والحياتية سواء كان ذلك داخل أسوار الجامعة أم خارجها ، وقد تصادفه بعض المشكلات التي قد تؤثر عليه وعلى أداءه الدراسي والإجتماعي وتنعكس إفرازاتها بصورة واضحة على شخصيته ومفردات تعامله مع الآخرين . وقد يصبح فكر الطالب مشغولا بها وكيفية حلها أو التخلص من النتائج التي أو جدتها هذه المشكلات وساهمت من خلالها في تعقيد حياة الطالب بما يؤثر على تصرفاته في المواقف المختلفة الأخرى داخل وخارج الجامعة .

وكما هو معروف فإن الطالب أثناء تواجده في الحياة الجامعية يكون في مرحلة عمرية تمثل بداية النضوج والشباب وغير مكتملة الملامح بدرجة وافية جدا . وهذا يجعله بحاجة دائمة ومستمرة إلى النصح والتوجيه والإرشاد من قبل الآخرين ممن هم أكبر منه سنا وأكثر خبرة ونضوجا داخل الجامعة ومن العاملين بها ، وخاصة من الأشخاص الذين يؤثرون بدرجة فاعلة في شخصية الطالب ويكون متأثرا بهم ومقتنعا بالنصائح والإرشادات التي يقدمونها له ، مع علمه المسبق بحرصهم الشديد عليه وعلى حل المشكلة التي تواجهه .

والمرحلة الجامعية تعد من المراحل المهمة في حياة معظم الطلاب وخاصة أنها تتزامن ومراحل تكوين الهوية والإستقلالية والإعتماد على النفس وتكوين الخبرات وكيفية الإستفادة منها في التعامل مع المواقف الجديدة . (متولي، 2004، 233)

ويتعرض الطلاب خلال هذه المرحلة إلى العديد من الضغوط والمشكلات النفسية والإجتماعية سواء داخل الجامعة أو خارجها ، وهذه المشكلات تؤثر بشكل

سلبي على الصحة النفسية والجسدية وعلى أدائهم الأكاديمي وشخصياتهم ويشير الباحثون أن هذه المشكلات تكمن في أمرين مهمين هما:

الأول: مشكلات فهم الذات والتعامل مع الآخرين والواقع بصورة صحيحة.

الثاني: المشكلات الناجمة عن سلوك وتصرفات هؤلاء الطلبة مع أسرهم ومجتمعهم.

فإذا نظرنا إلى طلاب الجامعة فإننا نجد أنهم عينة مستهدفة للضغوط وعرضة للعديد من الإضطرابات النفسية وخاصة الإكتئاب، فوفقا للعديد من الباحثين أمثال بيك ويونج (Beck&Young1986)، وكذا ممدوحة سلامة (1985)، فهم يواجهون الكثير من المواقف التي تعتبر ضغوطا رئيسية في مرحلة الرشد فهم فجأة يفقدون أنظمة المساندة الإجتماعية المتمثلة في الوالد أو الوالدة الذي يلجأ إليه عند الشدة، كما أنهم يفقدون صديقا أو صديقة يلجئون إليه عند الحاجة، ويصبح لزاما عليهم أن ينموا علاقات جديدة كبدائل للعلاقات التي فقدوها، كما تزداد لديهم التوترات المصاحبة للتحصيل الدراسي وتحديد المستقبل المهني، هذا بالإضافة إلى التغيرات الإجتماعية والإقتصادية والتغيرات في القيم مما يزيد من حدة التوتر ويجعلهم يعانون من الإكتئاب الذي يعتبر أكثر الإضطرابات النفسية إنتشارا لدى طلبة الجامعة". (مخيمر، 1997، 109)

ويعتبر إنتقال الطلبة من المرحلة الثانوية إلى الجامعات نقلة نوعية في حياتهم تتطلب منهم مجموعة من المهارات والإتجاهات للتكيف مع الحياة الأكاديمية، ويشير التكيف إلى ما ينتهي إليه الفرد من حالة نفسية نتيجة قيامه بالإستجابات التكيفية في مواجهة التغير في المواقف والأحداث التي يمر بها، حيث أشارت دراسة (سيلدن Selden) إلى أن الحياة الجامعية تتسم بتعدد أحداث الحياة الضاغطة ومواجهتها يتطلب من الطالب تفاعلا إيجابيا ومنطقيا معها. (حمد، 1996، 36)

وتشير نتائج كثير من البحوث إلى نسبة إنتشار المشكلات التكيفية أكبر فيما يخص الطلبة الوافدين الذين يدرسون خارج مناطق إقامتهم، وخصوصا في مواجهتهم لمشكلات تتعلق بالتكيف مع الدور الجديد في الثقافة الجديدة

والصعوبات الأكاديمية والمشكلات المالية، والإفتقار إلى تأكيد ذواتهم، وتعلم أدوار جديدة غير مألوفة خلال فترة قصيرة من الزمن والشوق للأصل والموطن وإكتساب صداقات والتقبل في المجموعات الإجتماعية وتكوين العلاقات مع الجنس الآخر ومشكلات تتعلق بالتسجيل والحصول على الإقامة وتجديدها، وفي هذا الصدد أشارت نتائج دراسة تيان وون وآخرون (Teh-yuan,wan,all1992) بعنوان " الضغوط الأكاديمية التي تواجه الطلاب الأجانب الذين يدرسون بجامعات و.م.أ وشملت العينة 412 طالب يقيمون بعيدا عن أسرهم وأشارت النتائج إلى وجود الكثير من المشكلات النفسية تتمثل أساسا في الإحساس بالقلق والإحباط وإنخفاض مستوى التحصيل الأكاديمي. (علي، 2000، 13)

ويخبر الطلبة الوافدون (غير المقيمين)الكثير من الإحساس بالخسارة، وخصوصا الخسارة الإجتماعية ويشير هايز ولين((Hayes & Lin1994بأنه وبعد وصول الطلبة الوافدون للبلد المضيف فإنهم يشعرون بثقة أقل وشعور مستمر بالتوتر ويصبحون مشوشين حول قضاء وقت التسلية، وإن الفشل في التكيف مع هذه المشكلات يؤدي بهم إلى تكيف سيء، وإزدياد مشاعر الحنين للوطن ويصبح الظهور الإجتماعي قليلا وغير متسق وتصبح أقل تلقائية ويظهر الطلبة إعتمادية أكثر على أسرهم، ويشير سينيل وآخرون (Senel,2001) إلى أن الطلبة الوافدون يأتون إلى الجامعات بتوقعات عالية، إلا أن الوقائع التي يخبرونها في دراستهم وفي الفروقات الثقافية تقلل من أحلامهم، حيث أشارت دراسة مرضي عابد حمد (1996) إلى أن "طلاب الجامعة الذين يقيمون بالمدن الجامعية كانوا أكثر إحساسا بالوحدة النفسية والإكتئاب وإنخفاض التوافق مع الحياة الجامعية". (حمد، 1996، 36)

ويضيف بعض الباحثين أن البرامج التربوية في الجامعة يمكن أن تنتج وتزيد من مستويات الضغط النفسي الذي يمكن مواجهته من خلال إدراك الطلبة الواعي لحاجاتهم وللتغذية الراجعة غير الملائمة من الأساتذة، كما أن للمتغيرات البيئية في الجامعة دورا مهما في تكيف الطالب وإحساسه بالرضي ومن أبرز هذه المتغيرات نظام الدراسة والمناهج، الأنظمة المتبعة في الجامعة، طبيعة العلاقات السائدة بين

الطلبة والأساتذة بالإضافة إلى مدى توافر الخدمات المتعلقة بالنشاط الطلابي وبرامج الإرشاد والتوعية والتوجيه المهني والإرشاد النفسي، وعلى الرغم من أن كثيرا من الضغوط النفسية تكون شائعة لدى معظم الطلبة في الجامعة فقد أشار جورج وزملاؤه (George & all1991) وكارنهان (Carnhan1981) إلى أن الطلبة الجدد في الجامعات سريعوا التأثر بالضغوط النفسية إذا ما قورنوا بالطلبة القدامى وأن مستوى الضغط النفسي لديهم أعلى منه لدى القدامى، حيث أن الطلبة الجدد تكون مهاراتهم وقدراتهم التعليمية أقل من زملائهم الطلبة القدامى.(العويضة، 2006، 06)

3- تعريف الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة:

يمكن تعريف الضغوط النفسية للطالب بأنها" حالة من عدم التوازن تنشأ لدى الطالب عندما يقارن بين المطالب والمواقف البيئية التي يتعرض لها، والتي تمثل تهديدا أو ضررا لذاته وبين ما لديه من إمكانات ومصادر شخصية وإجتماعية، ويجد أنها تتجاوز ما لديه من قدرات وإمكانات ويصاحب تلك الحالة أعراضا فسيولوجية ونفسية وسلوكية سلبية". (حسين وحسين، 2006، 145)

وبعبارة أخرى تعرف الضغوط النفسية للطالب بأنها" حالة من التوتر الجسمي والنفسي التي يشعر بها الطالب والتي تنتج من إدراكه لعدم قدرته على مواجهة المواقف والأحداث التي يتعرض لها سواء في البيئة الأسرية أو المدرسية والتي تضع مطالب نفسية وجسدية تتجاوز قدراته وإمكاناته ومصادر الشخصية والإجتماعية ولذا يتم إدراكها على أنها تمثل تهديدا أو ضررا لشخصيته".(علي، 2000، 24)

وفي نفس السياق يعرف الضغط لدى الطالب بأنه" حالة من التوتر الناتج من التفاعل بين الطالب وبيئته". (Terrisse2000:15).

أو هو" مجموعة من المواقف والأحداث أو الأفكار التي تفضي إلى الشعور بالتوتر وتستشف عادة من إدراك الفرد من أن المطالب المفروضة عليه تفوق قدراته وإمكاناته".(دخان والحجار، 2006، 372)

كما يرى هوارد(Howard 1983) بأنه" محصلة تقييم الطالب لمصادره الذاتية للتعرف على مدى كفاءتها وملاءمتها لتلبية إحتياجاته ومتطلبات البيئة الحياتية، ويحدث الضغط عندما تفوق مطالب الحياة مصادر الفرد التكيفية وتقديره المعرفي للأمور". (العويضة، 2006، 12)

مما سبق يمكن للباحثة أن تضع تعريفا للضغوط لدى الطلبة الجامعيين كالآتي" هو إدراك الطالب بأن الأحداث والمواقف الداخلية والخارجية التي تواجهه تفوق قدراته ومصادره الذاتية للمواجهة، مما يشعره بالتهديد والإضطراب مما ينتج عنها إستجابات فزيولوجية ومعرفية وإنفعالية" .

4- مصادر الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة:

تنشأ الضغوط لدى الطلبة من عدة مصادر مختلفة، وهذه المصادر تختلف فيما بينها من حيث أهميتها ودرجة الضغط الذي تمثله للطلبة، وبناءا عليه فالتعرف على هذه المصادر يعد أمرا هاما وضروريا لمعرفة كيفية التعامل معها.

ففي هذا الصدد توصل جورج وزملاؤه (Gorge & all1991) أن هناك مصدران للضغط النفسي وهما: ضغوط أكاديمية وضغوط شخصية، أما الأولى فتشمل على التسجيل في الكلية والإمتحانات والأبحاث ومواعيد إنجاز الواجبات المدرسية والمنافسة والأمور المالية والحصول على وظيفة في المستقبل، وأما الثانية فتتعلق بالصراعات البينشخصية والأمور المالية والبيئة المحيطة وعدم توافر الوقت الكافي للدراسة، ضعف البصر والخلافات الأسرية. (العويضة، 2006، 06)

كما يحدد (Shirley, 1994) مجموعة من مصادر الضغوط لدى طلاب الجامعة مثل الخوف من الفشل الدراسي، التكيف مع الحياة الجامعية، قلق الإنفصال، الشعور بالوحدة ونقص التحكم، المشكلات الأكاديمية، المستقبل الوظيفي، المشكلات الأسرية، نقد الآخرين، المشكلات الصحية، ضغط الإختبارات.

وفي دراسة (Laurie & al, 2005)على مجموعة من الطلاب الجدد توصلت نتائجها إلى مجموعة من مصادر الضغوط مثل :تغير عادات النوم والأكل،

العلاقات الجديدة، ضغط الدراسة، ضغوط الحياة، الصراع مع هيئة التدريس، المرض المزمن، إضطرابات النوم.وتحدد(lisa &al 2005) مجموعة من مصادر الضغوط لدى طلاب الجامعة مثل، صعوبات التوافق مع الحياة الجامعية، ضعف العلاقات الإجتماعية، تغير أنماط الحياة، ضغوط التغيير، صراع إدارة الوقت.ويورد دورثي (Dorothy 1990) مجموعة أخرى من الضغوط لدى طلاب الجامعة منها، المخاطر الصحية والخوف من الفشل الأكاديمي واللقاء مع الجنس الآخر.

وتوصلت دراسة (Marjorie 2000)إلى أن المخاوف الصحية والعلاقات الأسرية شكلت أهم مصادر الضغط لدى الطلاب عينة الدراسة، وأن إستراتيجيات مواجهة الضغوط تمثلت في التجنب الإنفعالات السالبة.

أما زيندر (Zeinder1984) فقد حدد مصادر الضغط النفسي في مصادر شخصية وأسرية وإجتماعية وإدارية، كالظروف الإقتصادية الصعبة، وعلاقات الطلبة المتوترة بعضهم ببعض والصراعات اليومية أو النظام الإداري للكلية. وكذا وفي دراسة لـ ويركمان(Workman1981) التي هدفت إلى تحديد مصادر الضغط النفسي لدى طلبة إحدى كليات المجتمع في لوس أنجلس، أشارت نتائج الدراسة إلى أن أهم مصادر الضغط النفسي لدى الطلبة تركزت حول المشكلات المالية، القلق العام وزيادة الواجبات المدرسية، والتغير في الظروف المعيشية، وموت أحد الأصدقاء أو أحد أفراد الأسرة، والخوف من الفشل الدراسي.

وفي نفس السياق أشار فيميان(Fimian1986) في دراسة أجراها على 111 طالب إلى وجود ثلاث مصادر أساسية للضغوط تتمثل في:

1- الإنزعاج حيث عدم تقبل الطالب لزملائه وصعوبة تكوين صدقات، وعدم القدرة على التعلم وانخفاض معدلاته التحصيلية وعدم القدرة على إستغلال وقت الفراغ.

2- العلاقات البيئية وتتمثل في صعوبة التعامل مع الأساتذة والنظام الروتيني ومشاعر الوحدة النفسية.

3- المشكلات الدراسية والإجتماعية وتتضمن بعض المشكلات التي يشملها مصدر الإنزعاج سالفة الذكر.

كما أظهرت نتائج دراسة كليفت (Clift)التي هدفت إلى تحديد مصادر الضغط النفسي لدى طلبة جامعة موناش(Monash) في أستراليا، أشارت نتائج الدراسة إلى أن أهم مصادر الضغط النفسي لدى الطلبة تركزت حول طرق تنظيم المحاضرات وعادات الدراسة السيئة والمشكلات الأسرية والمالية وطرق التعامل مع المشكلات.(العويضة، 2006، 09)

أما الطريري(1994) فيرى أن أهم مصادر الضغوط النفسية للطالب تتمثل في مجموعة من المشكلات أهمها:

1- المشكلات الانفعالية كالثورة والغضب والإكتئاب.
2- المشكلات الإقتصادية كالمستوى الإجتماعي والإقتصادي المنخفض والعيش في مناطق مزدحمة.
3 - المشكلات العائلية، مثل مرض أحد أفراد الأسرة، غياب أحد الوالدين بالوفاة أو الطلاق...الخ.
4 - المشكلات الإجتماعية كسوء العلاقة بالآخرين وصعوبة تكوين الصداقات. (الطريري، 1994، 126)

ويضيف بعض الباحثين أمثال (زينب شقير) إضافة إلى المصادر السابقة بعض المصادر منها :المشكلات الصحية، المشكلات الشخصية والمشكلات الدراسية. (شقير، 1997، 10)

مما سبق يتضح أن مصادر الضغط النفسي تتنوع وتختلف من شخصية الفرد إلى بيئته الأسرية والدراسية وحتى المجتمعية وفيما يلي عرض مختصر بالعوامل المتعلقة بكل مصدر من هذه المصادر.

أ- المصادر الشخصية:

هناك عوامل تؤدي إلى ظهور الضغوط لدى الطلاب وهذه العوامل ترتبط بخصائص شخصية الطلاب وطبيعة المرحلة الإنمائية التي يمرون بها، فمرور الطالب بين مرحلة المراهقة والرشد، والتي تتميز برفض الطالب للحلول الجاهزة لمشكلاته وسعيه إلى إعادة النظر في أسلوب حياته وعلاقاته الاجتماعية، كما أنه يشعر بأنه في

حاجة على الانفصال انفعاليا عن الأسرة وسيطرتها ولكنه في نفس الوقت يريد تلقي المساندة والدعم من أعضاء الأسرة، بالإضافة إلى ذلك هناك عوامل ومتغيرات فردية أخرى تسهم في حدوث الضغوط لدى الطلاب ويتمثل ذلك في انخفاض صورة الذات والتشاؤم ونقص المهارات الاجتماعية والشعور بعدم الكفاءة ونقص المهارات المعرفية لدسهم مثل نقص التدريب على حل المشكلات والصراعات ونقص مهارات الضبط وإنخفاض تقدير الذات . (حسين، 2006، 202)

ب- العوامل الأسرية:

لاشك أن الأسرة هي أكثر الوسائط الإجتماعية تأثيرا على الطالب بكل عواملها ومتغيراتها إذ أن المشكلات التي تعانيها الأسرة تسهم بدورها في نشأة الضغوط لدى الأبناء وفيما يلي ملخص بأهم العوامل الأسرية المسببة للضغوط ومنها :أساليب المعاملة الوالدية غير السوية إتجاه الأبناء، توتر العلاقات والصراعات الوالدية، التباين بين توقعات الآباء وقدرات الأبناء، ضيق المسكن وإنخفاض الدخل، إنفصال الوالدين بالطلاق أو الوفاة أو الهجر، مرض أحد أعضاء الأسرة، تعاطي أحد أعضاء الأسرة للمخدرات، خبرات الإساءة في الطفولة.

ج- العوامل الدراسية:

من العوامل الدراسية التي تسبب في حدوث الضغوط لدى الطلاب نذكر ما يلي:

البيئة المادية الفيزيقية للجامعة، تنظيم الوقت والجداول الجامدة وغلبة المواد النظرية على العملية أو التطبيقية، صعوبة المقررات والمناهج الدراسية وكثافتها، كثرة الواجبات المطلوب أداؤها من الطلاب كإنجاز البحوث الدورية والتقارير الواجب إنجازها، طرق التدريس التقليدية وغياب وسائل التعليم الحديثة، أساليب التقويم ونظم الإمتحانات، التنافس الشديد بين الطلاب، الفشل الدراسي للطلاب، توتر العلاقات مع الأقران وصعوبة تكوين صداقات مع الجنس الآخر داخل الجامعة، المناخ الجامعي غير الآمن كسوء العلاقات بين الأساتذة والطلاب.أضف إلى ذلك الأساليب الإدارية غير الفعالة السائدة في الجامعة كالأسلوب الأوتوقراطي أو الإستبدادي وكذا الأسلوب الفوضوي.

د- العوامل المجتمعية (البيئية):

من العوامل المجتمعية التي تسهم في إنتشار الضغوط بين الطلاب، التغيرات الإجتماعية والعلمية والتكنولوجية، فنحن اليوم نعيش في عالم سريع التغير في جميع مجالات الحياة، حيث أصبح التغير سمة مميزة له، ويتمثل ذلك في إتساع الهوة بين الطبقات الإجتماعية، هذا إلى جانب البطالة والمستقبل الغامض للطلاب بعد التخرج، كما أصبحت وسائل التكنولوجيا والإتصالات تمثل هي الأخرى مصدرا للضغوط بما تنقله من أحداث مختلفة حول العالم خاصة إذا كانت مخيفة ومزعجة، كما أن الضغوط يمكن أن تنتج من بعض المشكلات السائدة في المجتمع الذي يوجد به الطلبة كمشكلة العنف والجريمة والتمييز والفقر، إذ تشير الدراسات النفسية أن الأفراد الذين يكونون ضحايا للعنف أو يشاهدون أحداث عنيفة تقع في المجتمع مثل الإغتصاب والإنتحار والفشل يعانون أعراضا نفسية عدة مثل الخوف والقلق والإكتئاب والوحدة وإنخفاض تقدير الذات، وهذه الأعراض تؤثر على حياتهم وتسهم بدورها في ظهور إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ومن العوامل المجتمعية التي تسبب الشعور بالضغط التمييز والتعصب بين الطلاب على أساس السن أو لون الجلد أو الخلفية العرقية أو على أساس خصائص أخرى، أو عادات معينة أو المظهر الخارجي، وهذه التفرقة تساعد على ظهور مشاعر الغضب والإحباط والقلق واليأس والعزلة وإنخفاض تقدير الذات لدى الطلاب مما يؤدي بهم إلى الشعور بالضغط. (حسين، 2006، 236)

5- مظاهر وأعراض الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة:

إن المواقف الضاغطة التي يتعرض لها الطلاب تتسبب في حدوث إنفعالات سلبية تؤثر بوجه عام على حياتهم وتجعلهم يجدون صعوبة في الإستمتاع بالأشياء الإيجابية في حياتهم، ولذلك فإن مظاهر وأعراض الضغوط تظهر في ثلاث فئات مختلفة، وهي الأعراض الفسيولوجية والأعراض السلوكية والأعراض النفسية. فالأعراض الفسيولوجية تتمثل في توتر العضلات، الصداع، الصراخ، البكاء،

آلام المعدة، وغيرها وأظهرت نتائج دراسات بنجامين(Benjamine1987) ودراسة بيرمان(Berman1989) ودراسة ميرسكوت (Meirscott1991) أن الضغط النفسي الشديد يرتبط بعدد من الأعراض المرضية مثل الذبحة الصدرية، والأمراض النفسية وآلام الظهر، وإرتفاع ضغط الدم والأمراض النفسجسمية الأخرى، وأن معظم الطلبة الذين يتعرضون للضغط النفسي يواجهون ظروفا صعبة ومؤلمة، ويعانون من أمراض جسمية، وأن معامل الإرتباط بين الضغط النفسي والمرض الجسمي كان مرتفعا، كما أشارت النتائج أن هناك إرتباطا عاليا وذا دلالة بين الضغط النفسي والأعراض الجسمية. (العويضة، 2006، 21)

أما الأعراض النفسية للضغوط فتتضمن الوساوس وإنخفاض تقدير الذات والبلادة والأفكار الإنتحارية ومحاولات الإقدام عليه وسلوك تدمير الذات وتدهور العلاقات مع الأسرة والأصدقاء ونقص الثقة بالنفس والغضب والتغير في أنماط وعادات الأكل والنوم.(عبد الله، 2001، 118)

وتشير الدراسات النفسية كدراسة موك(Mock1991) أن هناك إرتباطا عاليا بين الضغوط النفسية وأعراض الإكتئاب التي تظهر على الطلبة، ونظرتهم السلبية للحياة كما أشارت النتائج إلى أن الطلبة الذين يعيشون حياة صعبة وغير مرضية يزيد من إحتمال تعرضهم للإصابة بالأمراض وظهور أعراض الضغط النفسي عليهم والتي تمثلت في القلق والإكتئاب والأفكار الوسواسية وعدم القدرة على التكيف وسرعة الإستثارة والغضب. (العويضة، 2006، 24)

أما الأعراض السلوكية فتتضمن العدوانية والإنسحاب والهروب من البيت والتغيب عن المحاضرات والدروس والشعور بالإستياء والرفض والسرقة من البيت أو المحيط الجامعي (الإقامة مثلا) وخارجه، وإثارة الشغب مع الزملاء واللجوء إلى التدخين وتعاطي المخدرات والكحول، وإضطرابات الأكل وعدم إحترام رموز السلطة.كما يترتب عن ذلك الكثير من المشكلات الدراسية مثل نقص التركيز وتشتت الإنتباه وضعف الذاكرة وفقدان الإهتمام بالدراسة والتوقف عن الإهتمام والإنتباه داخل غرفة الدراسة وإنخفاض درجاتهم في المقررات والإمتحانات

الفصلية، ونجدهم يميلون إلى الإنسحاب عن المشاركة في الأنشطة الصفية واللاصفية". (حسين وحسين، 182،2006)

وضغوط الشباب وآثارها السلبية لاقت إهتماما متزايدا من الباحثين لأهمية هذه الفئة، ومن زاوية أخرى أكدت نتائج العديد من الدراسات على أن قدرة الشباب على تحمل الضغوط وإدارتها بشكل جيد تظل محدودة في ضوء نقص الخبرة وكثافة حجم الضغوط وإدراكهم لنقص مستوى المساندة والدعم الإجتماعي المقدم من قبل الأسرة أو مؤسسات المجتمع الأخرى وأجمعت نتائج دراسات عديدة مثل: Richard & Nancy (2000) , Lisa et al (2005) Robert (1984)، على أن مرتفعي الضغوط من طلاب الجامعة عادة تكون إستجابات المواجهة لديهم في صورة تكيف سلبي مثل: إعتمادهم على المهدئات والمخدرات والتدخين وممارسة العنف وإنتهاك القانون ونقص المثابرة والإستسلام، ومن الآثار السلبية للضغوط على طلاب الجامعة إنخفاض فعالية الذات وإنخفاض التحصيل الدراسي وصعوبة إتخاذ القرارات. (محمود، 2006، 401)

6- الفروق بين الجنسين في الضغوط النفسية:

يشير راتر(Rutter1990) أن هناك فروقا بين الجنسين في إدراك الضغوط، إلا أنه أشار أن الذكور أكثر تأثرا من الإناث بأحداث الحياة الضاغطة فهم أكثر تأثرا بالشقاق وعدم التوافق الزواجي والمشكلات الإقتصادية والسلوكية للوالدين، ويشير كذلك إلى أنه من المعروف أن الذكور أكثر قابلية للإصابة أمام المخاطر والضغوط بمقارنتهم بالإناث، فرغم أن الطفل الذكر أكبر حجما وأقوى من حيث التركيب العضلي، إلا أنه يعاني من مضاعفات الولادة، وهو أكثر عرضة لإلتقاط عدوى أمراض الطفولة، وهو أعلى في نسبة الوفيات في هذه الأمراض من الإناث، وتظل هذه الحساسية للمؤثرات البيئية غير المواتية قائمة بالنسبة لجميع الأعمار مما دعا ببعض الباحثين إلى الإشارة إلى أن الذكر هو الجنس الأضعف بيولوجيا، كما تتضح الفروق في النواحي السيكولوجية، فمثلا تزيد الإضطرابات لدى البنين، كما يتأثر الذكور بصفة خاصة بخبرات الإنفصال

والحرمان .والأمر بحاجة إلى مزيد من البحث والدراسات لمعرفة الأسباب وراء الفروق بين الجنسين. (مخيمر، 1997، 106)

وفي نفس السياق توصلت دراسة كولويل (Colwell1992) التي هدفت إلى تحديد درجة الضغط النفسي لدى طلبة جامعية"أنديانا" بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث طبقت الدراسة على 191 طالبا وطالبة،أشارت نتائج الدراسة إلى أن درجة الضغط لدى الطلبة كانت أعلى منها لدى الطالبات. (علي، 2000، 38)

وفي دراسة لحسن مصطفى عبد المعطي (1994) "وجد أن هناك فروقا بين الذكور والإناث في الإحساس بالضغوط، وقد كان الذكور أكثر معاناة لضغوط العمل، الدراسة، والناحية المالية في حين كانت الإناث أكثر معاناة للضغوط الصحية والحياة الأسرية والضغوط الوالدية والزوجية. (عبد المعطي، 1994، 74)

وتتفق هذه النتائج مع ما أو رده أرجايل(1993) من أن الرجال أكثر تأثرا بالعوامل الإقتصادية والمادية وبوظائفهم بينما تتأثر النساء أكثر بأطفالهن وصحة أفراد الأسرة.(أرجايل، 1993، 216)

خلاصة القول: إذا كانت الضغوط أمر وارد وحتمي في حياة الأفراد في جميع مراحل حياتهم، فإن الشباب هم أكثر الفئات تعرضا للضغوط لما تعرفه الحياة من تحديات تفوق أحيانا قدراتهم على التكيف السليم، والمرحلة الجامعية بخصوصياتها ومشكلاتها تفرض على الطلبة الكثير من التحديات والمتطلبات مما يجعلهم غير قادرين على مواجهتها وهذا ما يجعل الكثير منهم يصاب بإضطرابات نفسية وحتى جسدية نتيجة الشعور بالضغط وصعوبة التكيف .

ومن خلال العرض السابق لمشكلة الضغوط النفسية بصفة عامة ولدى الطلبة بصفة خاصة نصل إلى نتيجة مفادها أن للضغوط جوانب إيجابية كما له جوانب سلبية، وأن إستمرار هذه الضغوط وعدم وعي الفرد بها وبإستراتيجيات مواجهتها يجعله فريسة سهلة للوقوع في دائرة الإضطراب النفسي، من هنا فإن التعرف على الموارد النفسية والإجتماعية التي تساعد الأفراد على الحفاظ على صحتهم أصبح من الضرورة بما كان وهذا ما سيتم تناوله تباعا في الفصول اللاحقة.

الفصل الثاني

بعض متغيرات الصحة النفسية

أولا- استراتيجيات المواجهة:

لقد أضحى واضحا أنه من المستحيل أن نعيش في عالم خال من الضغوط ولذلك فهي أمر واقع في حياتنا، إذ يقول عز وجل في محكم تنزيله " لقد خلقنا الإنسان في كبد" (سورة البلد، الآية 03)، ولهذا لابد من تعلم كيفية مواجهتها، فأساليب المواجهة تستهدف تخفيف الضغوط التي نواجهها لكي نصبح أكثر فاعلية وأكثركفاءة، لكن ما المقصود بأساليب الواجهة؟ وما طبيعة الأساليب التي يستخدمها الأفراد في مواجهة الأحداث الضاغطة؟ وما هي أبعادها ومحدداتها، وقبل أن نعرض التعاريف لا بأس أن نحيط ببعض المفاهيم ذات العلاقة بأساليب المواجهة.

من الناحية الإصطلاحية تعددت المصطلحات التي تشير إلى هذا المفهوم بالرغم من إتفاقها على نفس الوظيفة التي تقوم بها، فترجم من اللغة الإنجليزية (To cope with) (coping) إلى الفرنسية بعدة مصطلحات أهمها processus d'ajustement، processus de faire face، processus de Maîtrise، stratégies de coping)، وهذا الأخير أعتمد في الأدبيات الفرنسية منذ 1999 وحتى هذا الإختلاف طال المصطلح في اللغة الإنجليزية فأحيانا يستخدم بـ coping وأحيانا بـcoping strategies، coping styles، coping Ressources، coping Efforts. Shweitzer,2000, 68)

وفي المقابل ترجم إلى اللغة العربية سواء من الإنجليزية أو الفرنسية بعدة مصطلحات مثل، إستراتيجيات أو عمليات التعامل، إستراتيجيات التوافق، إستراتيجيات المواجهة، إستراتيجيات التأقلم، ميكانيزمات الدفاع سلوك التصدي والتدبر والمعالجة المباشرة.... الخ، ومنهم من تناولها على أنها إستراتيجيات مقاومة الضغط وأحيانا أخرى على أنها أساليب تعامل، وأحيانا ثالثة على أنها عمليات تحمل الضغوط، وكلها تسميات لمعنى واحد.إلا أن مايسة شكري (1999) تفرق بين المفاهيم التالية: مصادر المواجهة و أساليب المواجهة وجهود المواجهة كما يلي:

مصادر المواجهة: تشير إلى الإتجاهات والمهارات العامة التي يمكن أن تفيد الفرد في مواجهة المشقة مثل إستخدام المهارات العقلية ومهارات الإتصال مع الآخرين

1- **مصادر المواجهة**: تشير إلى الإتجاهات والمهارات العامة التي يمكن أن تفيد الفرد في مواجهة المشقة مثل إستخدام المهارات العقلية ومهارات الإتصال مع الآخرين.

2- **أساليب المواجهة**:فتمثل خططا عامة للمواجهة وتعرف بأنها تفضيلات مألوفة من قبل الفرد لطرق التعامل مع المشكلات مثل الإقتراب من المشكلة مقابل الإنسحاب بعيدا عنها أو تجنبها.

3- **جهود المواجهة**: فتعني تلك الأنشطة النوعية التي يقوم بأدائها الفرد في مواقف محددة بهدف تخفيف المشقة المرتبطة بموقف معين مثل التعبير عن الإنفعالات أو كفها والبدء في أداء نشاطات جديدة.

4- **وظائف المواجهة** يقترن مفهوم الوظائف مع الأساليب إذ لهما نفس القدر من الأهمية، فدراسة الأساليب تفصح عن الوصف البنائي للمواجهة، بما يعني توضيح المكونات الأساسية لعملية المواجهة والعلاقة بين تلك المكونات بعضها ببعض، وفي الجانب المقابل يكون الوصف الوظيفي هو محاولة لتفسير الإعتقاد في طبيعة ونوع الإنجاز الذي يمكن أن يتحقق له نتيجة لإستخدام أسلوب أو طريقة معينة لمواجهة المشقة. (شكري، 1999، 560)

كما أن جابر عبد الحميد وكفافي (1989) يترجم مصطلح coping بمفهوم) التصدي والتدبر(ويرى أنه أسلوب لمواجهة المشكلات الشخصية و التغلب على المصاعب، ويفرق بين سلوك المواجهة وإستراتيجية وأسلوب المواجهة كما يلي:

1. **سلوك التصدي أو الكفاح الناجح**: وهو أي تكيف شعوري أو لا شعوري يخفض التوتر والخبرات الضاغطة ويتراوح مابين الدوران حول المدينة لتفادي الإزدحام، إلى اللجوء إلى حيل دفاعية محكمة لإبعاد القلق .

2. **إستراتيجية التصدي**: سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل إستجابات الفرد لمثل هذا الموقف واللفظ عادة يتضمن الأسلوب المباشر و الشعوري لمعالجة المشكلات، في مقابل إستخدام الحيل الدفاعية واللفظ يطلق على الإستراتيجية التي تصمم

لمعالجة مصدر القلق، فالطالب القلق بالنسبة للإمتحان يقوم بالإستذكار لساعات طويلة للتصدي له، أما الحيل الدفاعية فتوجه للقلق وليس لمصدره .

3. أما أسلوب التصدي :ويعني إستراتيجية الكفاح الناجح. (جابر وكفافي، 1989، 763)

كما أن ميسيك يفرق بين الإستراتيجية والأسلوب في أن الإستراتيجية هي التريث الشعوري أو غير الشعوري للقرارات التي يتخذها الفرد، حين يكون في موقف الإختيار بين عدة بدائل، مما يجعل الفرد يعدد من الإستراتيجيات المستخدمة كوظيفة للإختلاف وتعدد المواقف التي يتعرض لها ،في حين يعبر الأسلوب عن الإتساق الذاتي المميز الواعي لدى الفرد في تناوله للموضوعات التي يتعرض لها عبر أنواع كثيرة ومستعرضة من المواقف دون إختيار ،أي أن الإثنين يختلفان من حيث عمومية الوظيفة فالإستراتيجيات غالبا ما تتسق مع خصائص المهام التي يقوم بها الفرد أو المواقف التي يتعرض في حين تتضمن الأساليب التوجه العام نحو المهام و المواقف. ويشير(أنور الشرقاوي) أن الأساليب تتميز عن الإستراتيجيات في أن الأولى تظل ثابتة نسبيا لفترات طويلة من حياة الفرد مما يجعلها من الوسائل الهامة للتنبؤ بالسلوك في المواقف المختلفة في حين يمكن أن تتعرض الإستراتيجيات للتغيير بواسطة التدريب تحت شروط معينة.(الشرقاوي، 1992، 199)

وفي ظل تعدد المصطلحات وإتفاقها في المعنى العام والهدف و الذي يتمثل في تطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة و / أو تخفيف التوتر الإنفعالي المترتب عليه، فإن الباحثة ستستخدم مصطلح إستراتيجيات المواجهة لأنها ستعمل من خلال البرنامج الإرشادي على تدريب الأفراد على تبني إستراتيجيات مناسبة لمواجهة الضغوط، وهذا ما أشار إليه جل الباحثين بأن الإستراتيجيات يمكن أن تتغير لأنها لا تمثل توجها عاما للسلوك وإنما هي قرار يتخذه الأفراد إتجاه الموقف والأحداث التي تواجهه وتمثل تحدي له، وعليه لا بد من إختيار بديل أو سلوك موجود أصلا في ذخيرته السلوكية.

1- نظرة تاريخية في مفهوم المواجهة:

إن مفهوم المواجهة إرتبط تاريخيا بمفهومي ميكانيزمات الدفاع والتكيف حيث أن الأول تطور مع نهاية القرن التاسع عشر من خلال التحليل النفسي، أما الثاني فقد تطور خلال النصف الثاني من نفس القرن من خلال علم الأحياء (Biologie) (وعلم نفس الحيوان والنظرية التطورية لداروين (Schweitzer, (2001, 69

أ- المواجهة والدفاع:

إن مصطلح الدفاع ظهركما أشرنامع نهاية القرن التاسع عشر، فقد إرتبط مع نمو التحليل النفسي وعلم النفس الدينامي الذي نظر إلى مواجهة المواقف المزعجة والدفاعات على أنها إستجابات لاشعورية في معظمها للصراعات الداخلية. فقد لاحظ بروير و فرويد) (Freud&Breuer أن الأفكار غير المرغوبة أو المضطربة أحيانا تقفز إلى الشعور، وفي أول كتاباته وضع(فرويد) أنواع الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الفرد ليحل أو يشوه أو يحرف المشاعر والأفكار غير المرغوبة وفي مؤلفه (الكف، العرض، والقلق 1962) إستخدم مصطلح الدفاع في معناه العام ليشير إلى مقاومة الأنا ضد الأفكار الغير المرغوبة، وقد ورد الكبت كأحد ميكانيزمات الدفاع الأساسية، ومنذ سنوات الستينات إلى غاية السبعينات بدأ الباحثون في مجال ميكانيزمات الدفاع في إستخدام مصطلح المواجهة (coping) هذا المصطلح الذي إستمد جذوره من المفاهيم الأساسية لعلم النفس المختصر (1967) للإشارة إلى الميكانيزمات الدفاعية الأكثر تكيفا (كالتسامي، الدعابة)، ومن المهم التذكير بأن الأعمال الأولى الخاصة بالمواجهة كانت ضمن سلسلة الأعمال المرتبطة بميكانيزمات الدفاع، ففي دراسة لقرير وزملائه (Greer1979) عن مريضات سرطان الثدي، فعند إستخدامهم للمقابلات العيادية توصلوا إلى أن هناك أربعة أنواع من الإتجاهات لديهن في مواجهة المرض وهي الإنكار، الروح القتالية، رباطة الجأش، اليأس والعجز، وقد لاحظوا أن هناك تداخل بين ميكانيزمات الدفاع التقليدية وإستراتيجيات المواجهة. ومنذ سنوات الستينات إلى غاية الثمانينات كان

هناك غموض وتداخل بين المواجهة وميكانيزمات الدفاع خاصة في المعنى، وقد جاءت بعض المحاولات لتوضيح هذا الإختلاف منشورة في كتاب (Hann1977)، وسنحاول تلخيص بعض الإختلافات بين المفهومين على النحو التالي: (Schweitzer2001)

1- **ميكانيزمات الدفاع:** هي عمليات صارمة، تعمل على مستوى اللاشعور، غير قابلة للتعديل أو التغيير حسب ما يتطلبه الموقف، ضعيفة المقاومة ترتبط بصراعات بينشخصية وبأحداث الحياة الماضية وتعمل عموما على تشويه وتحريف الواقع بهدف الحد من التوتر و القلق الذي يسببه الموقف السائد وإبقائه عند مستوى معين ليتلاءم وقدرة الفرد على التحمل.

2- **إستراتيجيات المواجهة:** هي عمليات مرنة شعورية تختلف وتتغير تماشيا مع ما يتطلبه الموقف متجهة نحو الواقع سواء داخليا أو خارجيا وظيفتها مساعدة الفرد على تسيير و تخفيض وتحمل الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة، ولعل جوهر الفصل بينهما يكمن في أن إستراتيجيات المواجهة محاولات شعورية إرادية لمواجهة مشاكل حالية (حديثة) ومن هنا يتضح أنه على الرغم من أن تلك الآليات الدفاعية تستخدم لتقليل التوتر و القلق فهي ليست مكافئة تماما لمفهوم المواجهة.

والجدول الموالي يوضح الفروق بين ميكانيزمات الدفاع وعمليات المواجهة و التي وضعها بليتشيك (plutchik 1995)

والجدول رقم (04) يوضح الفروق بين ميكانيزمات الدفاع وعمليات المواجهة

عمليات المواجهة **coping**	آليات الدفاع **Mécanismes de défense**
التجنب Evitment	العزل Isolation، الكبت Refoulement
التقليل أو التصغير Minimisation	الإنكار Deni
التعويض (استعاض/إبدال/ تغيير) Substitution	الإبدال أو الإزاحة Déplacement
البحث عن المساندة الاجتماعية .Recherche d'un soutien social	النكوص Regression – المرور إلى الفعل Passage à l'acte

التعويض Remplacement	التعويض Compensation، التقمصIdentification، التخيل Fantasme
البحث عن المعلومات Recherche d'unformation	التسامي Sublimation، الإلغاء Annulation، التبرير Rationalisation، العقلنة Intellectualisation
إلقاء المسؤولية على الآخرين Rejeter la responsabilité sur les autre	الإسقاطProjection
القلب أو الإبدال Renversement	التكوين العكسي Formation réactionnelle

2- المواجهة والتكيف:

يرى الباحثون أن مصطلح المواجهة يأخذ جذوره من النظريات المرتبطة بالتكيف وتطور الأنواع، فالفرد يمتلك ذخيرة من الإستجابات وردود الفعل (الفطرية و المكتسبة) والتي تسمح له بالعيش في مواجهة مختلف التهديدات إما بالمجابهة (المواجهة) أو بالفرار(الهروب)،بالأخص عندما يواجه عدوا أو خصما أوموقفا خطرا، لذلك إعتبر بعض الباحثين أن الضغط والمواجهة جزء مكمل لعمليات التكيف لصعوبات الحياة. وحسب (لازاروس وفولكمان) فإنه يجدر التفريق بين المواجهة coping والتكيف Adaptation، فالتكيف مصطلح واسع للغاية يستخدم في علم النفس كما في البيولوجيا، فالتكيف يتضمن كل أشكال وأنواع ردود فعل الكائنات الحية مع الشروط المتغيرة للمحيط أو البيئة، في المقابل فإن المواجهة هي مفهوم أكثر دقة فهي تشير إلى مختلف الإستجابات التوافقية لدى الفرد، فهي لا تعني إلا ردود فعل الفرد للمتغيرات البيئية التي يقيمها أو يدركها بأنها مهددة أو ضاغطة. (Schweitzer ,2001,70)

في حين أن التكيف يتضمن ردود فعل توافقية متكررة وآلية ثابتة، بينما تتضمن المواجهة مجهودات معرفية وسلوكية واعية متغيرة وفي بعض الأحيان جديدة بالنسبة للفرد.

2- تعريف المواجهة:

تعددت التعاريف التي تناولت المواجهة ولكنها تتفق جميعها حول معنى معين مشترك هو فاعلية الفرد في التعامل مع الأحداث التي يعايشها.

(Coping) أو (To cope with) يعني مواجهة، ويعني هذا المصطلح مجموعة العمليات التي يستخدمها الفرد في تعامله مع البيئة التي يدركها بأنها مهددة من أجل التحكم فيها أو تحمل وتخفيف التهديد الذي يحمله و الذي يؤثر على صحته الجسدية والنفسية.

هذا المفهوم الذي يسمى في الأدبيات الأنجلوساكسونية بإستراتيجيات التعامل يعرف بإستراتيجيات التوافق في الأدبيات الفرانكفونية (Stratégie d'ajustement)[1].

فيعرف ماتيني وآخرون (Matheny & al 1986) المواجهة بأنها " أي جهد صحي أو غير صحي شعوري أو لا شعوري لمنع أو تقليل أو إضعاف الضغوط و المساعدة على تحمل تأثيراتها بأقل طريقة مؤلمة (صقر، 2001، 14).

ويعرف كمال دسوقي سلوك المواجهة بأنه "الفعل الذي يمكن المرء من أن يتوافق مع الظروف البيئية، وهو السلوك الفاعل أو الإجرائي، فهو فعل فيه يتفاعل الفرد مع البيئة لغرض تحصيل شيء ما" (دسوقي، 1993، 146)

كما يرى جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي (1989) أن كلمة(coping) تعني" أسلوب مواجهة المشكلات الشخصية والتغلب على المصاعب، وأن سلوك المواجهة هو سلوك التصدي والكفاح الناجح، أي أنه تكيف شعوري أو لا شعوري يخفض التوتر في المواقف و الخبرات الضاغطة" (جابر وكفافي، 1989، 736).

أما حسن عبد المعطي فيعرف إستراتيجية المواجهة (2006) "بأنها سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير التي تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار، أو في

---

1 - http://www·oodoc·com/ cddie·php ? idaded/ les stratégies d'ajustement ou coping

تعديل إستجابات الفرد لمثل هذا الموقف، ويرى أن المصطلح عادة يتضمن الأسلوب المباشر الشعوري لمعالجة المشكلات في مقابل إستخدام الأسلوب غير المباشر (الحيل الدفاعية) ".(عبد المعطي، 2006، 246)

فيما يرى فونتانا (1993) أن أساليب المواجهة هي "أساليب يمارسها الفرد للتعامل مع الأحداث التي يعيشها، فهي التدريب الذاتي كي تتطابق التقييمات المدركة للحدث مع الإستجابة له لتكون أكثر إيجابية في مواجهة الموقف الضاغط وعندما تكون التقييمات المدركة صحيحة سوف تقود تفكير الفرد ومعتقداته لتكون أكثر فاعلية وأقرب للواقعية في مواجهة الموقف الضاغط الذي يواجهه ويعايشه".(فونتانا، 1993، 134)

أما لطفي إبراهيم فيرى "بأنها مجموعة من النشاطات والإستراتيجيات السلوكية و/ أو المعرفية التي يسعى الفرد من خلالها لتطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة و/ أو تخفيف التوتر الإنفعالي المترتب عليه". (إبراهيم، 1994، 11)

أما سبيلبرجر Spillperger (فيعرف إستراتيجيات المواجهة "بأنها عملية وظيفتها فحص أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له" .(الأمارة 2006)

كما يعرفها لازاروس وفولكمان بأنها " مجموعة من التغيرات المعرفية المتسقة و الجهود السلوكية المتواصلة التي تهدف إلى السيطرة على مطالب نوعية خارجية أو داخلية تدرك على أنها شديدة الوطأة أو تتجاوز إمكانات الفرد". (شكري، 1999، 559)

أما جيرارد ريبس (Gerard Ribs) " فيرى أن المواجهة هي طريقة للتكيف مع الموقف الذي يدركه الفرد بأنه صعب " .(Ribs , 2001, 10)

أما لازاروس و لونير (lazarus & launiére) فيريان" بأنها مجموعة من العمليات التي تتوسط الفرد والحدث الذي يدركه بأنه مهدد (مزعج) من أجل التحكم فيه أو تحمل تأثيره على رفاهيته النفسية والجسدية".(Ribs,2001, 12)

في حين يعرفها لازاروس وكوهين (Lazarus & kohen) بأنها" الجهود المبذولة معرفيا وسلوكيا للسيطرة أو تحمل أو تقليل الأعباء التي ترهق أو تطغى على طاقات الفرد" .(الشرقاوي، 1993، 183)

من خلال التعاريف السابقة نلاحظ الإختلاف الواضح بين الباحثين في الإشارة إليها فالبعض يعرفها بأنها عمليات أو طرق بينما يرى البعض الآخر بأنها أساليب أو أفعالا، إلا أن الذي تتفق عليه هو تخفيف الضغوط التي يدركها الفرد ويقيمها بأنها تتجاوز قدراته و إمكاناته.

3- مصادر المواجهة ومحدداتها:

تنقسم المصادر التي تساعد الفرد على المواجهة بفاعلية مع المواقف الضاغطة إلى قسمين، مصادر شخصية ومصادر إجتماعية- بيئية ولكل منهما أهمية في إختيار أسلوب المواجهة.

أولا- المصادر الشخصية للمواجهة:

يذكر بعض الباحثين أن الشخصية تعد عاملا وسيطا يخفف أو يزيد من تأثير الموقف الضاغط على الفرد ،وفي ضوء إختلافات الشخصية تختلف ردود أفعال الأفراد إزاء المواقف الضاغطة، ويؤكد هذا ما توصلت إليه العديد من الدراسات منها(رجب علي شعبان، مايسة محمد شكري، kardum & zang& yang) بأن هناك علاقة بين سمات الشخصية وأساليب التعامل مع الضغوط لدى الأفراد من الجنسين، معنى ذلك أن سمات الشخصية تحدد الكيفية التي يتعامل بها الأفراد مع المواقف الضاغطة ،ومن هذه السمات، تقدير الذات، الكفاءة الذاتية، القدرة على حل المشكلات، المرونة، المثابرة، الصلابة، مركز الضبط، ...الخ.وفيما يلي توضيح لدور بعض هذه الخصائص في إختيار إستراتيجيات المواجهة المناسبة للموقف ومنها:

1- تقدير الذات:

يشير العديد من الباحثين إلى أن الأفراد مرتفعي تقدير الذات أكثر قدرة على التعامل مع الضغوط فيستجيبون لها بقليل من الأعراض الجسمية والإنفعالية

مقارنة بذوي التقدير المنخفض للذات، فتقدير الذات المرتفع يزيد من ثقة الأفراد في عاداتهم الشخصية في التغلب على المحن ويشير (Piquenal 1999) أن تقدير الذات إرتبط إيجابا مع المواجهة النشطة المتمركزة حول المشكلة وإستراتيجية التحكم في الموقف وسلبيا مع المواجهة المتمركزة حول الإنفعال". (PiquenaL , 1999, 81)

وفي نفس الإتجاه توصلت دراسةكاريور (Caruer) إلى أن تقدير الذات المرتفع لدى الأفراد إرتبط إيجابا مع أساليب المواجهة الفعالة وأسلوب التخطيط وإرتبط سلبا مع أسلوب الإنكار. (Piquenal,2001,18)

ولقد كشفت نتائج الدراسة التي قام بها شان (Chan1993) على أن المراهقين مرتفعي تقدير الذات يميلون إلى إستخدام الإستراتيجيات الفعالة والإيجابية في مواجهة المشاكل والمواقف الضاغطة، في حين يميل ذوي تقدير الذات المنخفض إلى إستخدام المواجهة السلبية والإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال كالإنكار و الإنسحاب وتعاطي العقاقير و المخدرات والتدخين...الخ.(حسين وحسين، 126،2006)

مما سبق يتضح أن تقدير الذات يعد مؤشرا هاما في تحديد نوع إستراتجيات المواجهة، إذ أن الإستجابات السلوكية التي تصدرعن الفرد إتجاه الموقف تعتمد بشكل كبير على تقدير الذات لديه، فإدراك الذات بطريقة إيجابية يمثل مصدرا نفسيا هاما في عملية المواجهة.

2- مركز الضبط:

ينقسم الأفراد طبقا لمفهوم مركز الضبط إلى فئتين وهما فئة الضبط الداخلي، وهم الأفراد الذين يعتقدون أنهم مسؤولون عما يحدث لهم ويسعون في محاولات جادة للتحكم في البيئة و السيطرة عليها ولديهم رؤية لتوقع الأحداث، وبالتالي يتعاملون مع الموقف الضاغط بأسلوب مواجهة ملائمة. أما الأفراد ذو التحكم الخارجي فهم يرون أنهم تحت تحكم قوى خارجية لا يستطيعون التأثير فيها ويفتقرون إلى القدرة على السيطرة والتحكم في الأحداث ويفشلون في توقعاتهم لها، وبالتالي يتعاملون إزاء الموقف بأساليب مواجهة غير ملائمة وغير

فعالة، ولقدكشفت نتائج دراسة بروشور وآخرون (Brosschor & al 1994) أن الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي يستخدمون إستراتيجيات مواجهة فعالة مثل حل المشكلات و التعبير عن الغضب، في حين أن ذوي مركز الضبط الخارجي يستخدمون إستراتيجيات مواجهة سلبية مثل التجنب، ومن ثم يشعرون بالإكتئاب و القلق. (حسين وحسين، 2006، 125)

كما كشفت دراسة ريس وكوبر (Rees & cooper1992) أن ذوي مركز الضبط الداخلي يستخدمون إستراتيجيات فعالة مثل السعي نحو المساندة و يستخدمون المواجهة المتمركزة حول المشكلة ويتمتعون بمستوى مرتفع من الصحة النفسية والجسمية وعلاقات إجتماعية واسعة مع الآخرين، ومن ثم فهم أكثر قدرة على حل المشكلات كما أنهم يميلون إلى التقييم الإيجابي لقدراتهم وإمكاناتهم الداخلية في التعامل مع المواقف الضاغطة التي تعترض حياتهم.

3- الصلابة النفسية:

تمثل الصلابة النفسية إحدى سمات الشخصية التي تساعد الفرد على التعامل الجيد مع الضغوط و الإحتفاظ بالصحة الجسمية و النفسية وعدم تعرضه للإضطرابات السيكوسوماتية الناجمة عن الضغوط، وتؤكد دراسة بيسلي (Beasly & al 2003) أن إنخفاض مستوى الصلابة وإستخدام الأساليب الإحجامية يؤدي إلى العديد من المشاعر السلبية المرتبطة بالضغوط، وأن الصلابة وأساليب التعامل مع الضغوط تؤثر تأثيرا مباشرا على العلاقة بين الضغوط والصحة النفسيةحيث تقلل من التأثيرات السلبية لأحداث الحياة الضاغطة وبالتالي إرتفاع مستوى الصحة العامة وإنخفاض مستوى القلق والإكتئاب.

أما دراسة شان (Chan2003) فقد أكدت الإرتباط الإيجابي بين الصلابة وأساليب حل المشكلة، والسعي للحصول على المساندة الإجتماعية و التنفيس الإنفعالي كوسائل إيجابية في التعامل مع الضغوط، و الإرتباط السلبي بين الصلابة النفسية و بين الأساليب السلبية في التعامل مع الضغوط كالإنكار ومحاولة صرف الذهن عن التفكير في المشكلة و التحرر السلوكي. (حسيب، 2007، 164،165)

4- فاعلية الذات:

قدمت باندورا (Bandura) مفهوم توقع الفاعلية أو فاعلية الذات في إطار نظرية التعلم الإجتماعي وتعرفها بأنها "إعتقاد الفرد في قدرته على تحريك المصادر الأساسية من أجل التحكم في بعض المواقف والنجاح في ذلك، وهذا المفهوم يضم بعدين وهما توقع الفاعلية وتوقع النتيجة"ويشير المفهوم الأول إلى إعتقاد يسمح للفرد بإستخدام القدرات اللازمة للنجاح في مهمة أو عمل محدد، أو هو إعتقاد الفرد بأنه يمكن التحكم في الموقف والوصول إلى الأهداف وهذا المفهوم يقترب من معنى إدراك التحكم. (Terepezur, 2008, 85)

أما المفهوم الثاني:توقع النتيجة تدل على إحتمالية أن يؤدي السلوك إلى نتائج معينة، وبالرغم من أن الفعالية الذاتية وتوقع النتيجة يختلفان في البناء المعرفي لكن كلا المصطلحين يمكن أن يؤثر أحدهما في الآخر، حيث أن الفعالية الذاتية المرتفعة لدى الفرد من الضروري أن تؤدي إلى إرتفاع مستوى توقع النتائج فالفعالية الذاتية تتناسب طردياً مع توقع النتائج.

وتسلم نظرية التعلم بأن مدركات الأفراد لقدراتهم تؤثر في كيفية تصرفاتهم ومستوى دافعيتهم و عمليات تفكيرهم وإستجاباتهم الإنفعالية، وتفترض نظرية فاعلية الذات أن إعتقادات الفاعلية تؤثر في أنماط النشاط التي يختارها الفرد للإنغماس فيها ومستوى المجهود الذي يبذلونه ومثابرتهم في مواجهة الصعوبات. (Mariage, 2001, 48)

أما عن دور فاعلية الذات في مواجهة الضغوط فإن الفاعلية تنطوي على الثقة بالنفس و إدراك التحكم وتقييم الفرد لمدى كفاءته وفعاليته في مواجهة المواقف بما في ذلك تلك التي بها عناصر من الضغط و الشدة غير المتوقعة، ولذلك فهذه الخاصة أو السمة تؤثر في مدى كفاءة الفرد في المواجهة ومعالجة الأحداث كما أنها تتبؤ بمجموعة عريضة من الإستجابات التكيفية، بما في ذلك إستجابات الصمود في مواجهة الفشل، فقد أثبتت الدراسات أن الفرد الذي يعتقد في كفاءته وقيمته يكون أكثر إيجابية في التعامل مع المواقف الضاغطة. (فايد، 1998، 226)

فالأفراد ذوالمستويات المرتفعة من فاعلية الذات يكونون أكثر إستخداما لإستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة حيث أنها تؤدي إلى تحقيق نتائج أفضل وتزيد من قدرتهم على التحكم في الموقف، وعندما يصبح الأفراد لديهم القدرة على التحكم فإنهم يشعرون بالإقتدار والتمكن وهذا يزيد من مصادر المواجهة لديهم، أما منخفضي الفعالية فإنهم يميلون إلى التجنب والهروب و بالتالي لايستطيعون التحكم في الموقف وهذا يزيد من قابليتهم للتعرض و التأثر بالأحداث الضاغطة مستقبلا. (حسين وحسين، 2006، 133)

5- أبعاد الشخصية:

تشير نتائج بعض الدراسات إلى أن أبعاد الشخصية التقليديةكالعصابية مثلا و الإنبساط يعد مؤشرا مفيدا في المواجهة وعلى هذا الأساس يرى كوستا وماكيير (Costa &Makier 1990) أن أبعاد الشخصية أساسية في تحديد كيفية إدراك الناس للضغوط و في تحديد إستراتيجيات المواجهة التي يتبنونها و في صحتهم النفسية أيضا.(يوسف، 2000، 62).

فالأشخاص مرتفعي العصابية يتلقون أحداث الحياة بسلبية و يميلون إلى تقييم أنفسهم و العالم من حولهم بطريقة تشاؤمية، وبالتالي يعمدون إلى إستخدام إستراتيجيات مواجهة مركزة على الإنفعال أو التجنب بكثرة عكس المواجهة المركزة على المشكلة، ويتسق مع هذا الإتجاه ما أكده ليتمان (Litman2006) من الإرتباط الإيجابي بين الأساليب الإيجابية في التعامل مع الضغوط والإنبساط. (حسيب، 2007، 165)

ولقد كشفت دراسة قام بها نجرو (Negro1996) على أن المراهقين المنبسطين يميلون إلى إستخدام إستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة مثل التفكير الإيجابي مقارنة بالمنطويين، حيث كانت درجاتهم مرتفعة في العصابية والذهانية ولذلك فلا شك أن نمط الشخصية يسهم بدور فعال في تحديد أسلوب المواجهة.(حسين وحسين، 2006، 27)

وكشفت أيضا نتائج الدراسة التي قام بها بولجر (Bolger1990) عن وجود علاقة بين أساليب المواجهةوالعصابية، وأن الأفراد العصابين تكون لديهم إستراتيجيات غير فعالة مقارنة بالأفراد غير العصابين، وبعبارة أخرى العصابيون يميلون إلى إستخدام سلوكيات مواجهة تزيد من الشعوربالضيق والمشقة لديهم، وأن العصابية إرتبطت سلبيا مع المواجهة الفعالة مثل التخطيط و السعي نحو المساندة الإجتماعية، وإعادة التفسير الإيجابي وأرتبطت إيجابا مع الهروب والتجنب كأساليب مواجهة غير فعالة للمواقف الضاغطة. (عوض، 2001، 68)

ثانيا- المصادر الإجتماعية للمواجهة:

إن المصادر الإجتماعية للتعامل مع المواقف الضاغطة هي تلك المصادر التي توجد في بيئة الفرد و في مجتمعه وتساعده على التعامل مع الضغوط، ووفقا لما أشارت إليه الدراسات فإن المساندة من أهم المصادر الإجتماعية والبيئية التي تساعد الفرد على التعامل مع الضغوط.فقد توصلت الدراسات بأن هناك علاقة بين غياب المساندة وإنخفاض القدرة على حل المشكلات الحياتية و العجز عن تلافي الآثار السلبية المترتبة عنها. (التلاوي، 2002، 44)

إن إدراك المساندة الإجتماعية تخفض التهديدات السلبية كما أن لها تأثير مباشر وغير مباشر على الضغط، فهي إذا تعرف كمصدر للمواجهة ويعتبرها الباحثون مصدرا رئيسيا لذلك، فالتأثير الإيجابي للمساندة يمتد إلى إختيار الإستراتيجيات الفعالة في مواجهة الضواغط، وللتوضيح فقد توصلت الدراسات إلى أن المساندة الإجتماعية إرتبطت إيجابيا بالمواجهة المتمحورة حول المشكلة و سلبيا مع المواجهة المتمحورة حول الإنفعال. (Piquenal,2001,96)

وفي دراسة أخرى وجد الباحثون أن فقدان المساندة الأسرية لدى النساء يجعلهن يستخدمن المواجهة بالتجنب وهذان العاملان (فقدان المساندة والتجنب) يؤديان إلى الشعور بفقدان الرفاهية النفسية، بالمقابل توافر المساندة يساعد على المواجهة المتمركزة حول المشكلة. (Corneil,2001,54)

من خلال ما سبق يتضح أن مواجهة الضغوط يعتمد على مصدرين مهمين وهما المصادر الذاتية أو الشخصية والمصادر الإجتماعية وتعتبر المصادر الذاتية كتقدير الذات و الصلابة النفسية و مصدر الضبط و فاعلية الذات...الخ جوانب مهمة في إختيار الإستراتيجيات المناسبة للمواجهة، وكذا دور المساندة الإجتماعية كمتغير إجتماعي يساهم بشكل فعال في مواجهة الضغوط و إختيار الإستراتيجيات الفعالة.

بالإضافة إلى المصادر السالفة الذكر يرى الباحثون أن هناك محددات تؤثر في إختيار الإستراتيجية المناسبة للمواجهة فترى فئة من الباحثين أن المواجهة تتحدد بالخصائص الشخصية (الفطريةمنها والمكتسبة) في حين يذهب آخرون أنها تتحدد بخصائص الموقف الضاغط وما يتطلبه من إستجابة ولتوضيح هذه الإختلافات في الرؤى سنحاول تلخيصها في النقاط الآتية:

أ- المحددات الفطرية للمواجهة:

حسب العديد من الباحثين ومنهم كوستا وزملائه ((Costa & all1996) يرون أن إستراتيجيات المواجهة ليست خاصة بل عامة لأنها محددة ببعض الخصائص الثابتة للفرد (كسمات الشخصية) أكثر منها بخصائص وعوامل الموقف، حيث يوجد لدى كل فرد مجموعة من أساليب المواجهة الخاصة، وتشير الدراسات إلى أنه ليست الخصائص الموضوعية للأحداث هي التي تؤثر على الفرد وإنما الطريقة التي يدرك بها ويفسر ويقيم هذه الأحداث، لذلك فالمواجهة تتأثر بالتقييم المعرفي للمواقف الضاغطة وهو يتأثر أيضا بالمحددات النفس إجتماعية للفرد، وهذه الأخيرة نوعين معرفية وسلوكية.

أما عن المحددات المعرفية فتتضمن الإعتقادات حول (الذات، العالم، المصادر الشخصية، القدرة على حل المشكلات)، الدوافع العامة (القيم، الأهداف، العوائد)

أما المحددات السلوكية للتقييم والمواجهة فيشير الباحثون أنها تتمثل في بعض الإستعدادات الشخصية الثابتة(كسمات الشخصية) والتي تستطيع أن تحدد بناءا على التقييمات (أولية، ثانوية)، وتهيئ إستراتيجيات المواجهة لمجابهة المواقف

الضاغطة، فالخصائص النفسية مثل الصلابة النفسية والمقاومة وحاسة التماسك و الإحساس باللذة إرتبطت بتقييمات أكثر ملائمة وإيجابية مع الإستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة، فحسب (Costa 1996) فالإرتباطات بين الشخصية والمواجهة ملاحظة بدرجة كبيرة.

إذا كان الباحثون قد أكدوا بأن التقييم و المواجهة يتحددان من خلال الخصائص النفسو- إجتماعية الثابتة لدى الأفراد وليس من خلال الخصائص المتغيرة للمواقف، وبأنها عامة وليست خاصة فهذا سيقودنا لتوضيح لماذا تتغير إستجابات الفرد من وقت لآخر ومن موقف لآخر؟ وبذلك فالإجابة أن لخصائص الموقف أيضا دور في تقييمه وفي تحديد إستراتيجيات المواجهة المناسبة.

ب- المحددات الموقفية و التفاعلية للمواجهة:

يظن الكثير من الباحثين بأن التقييم الأولي والثانوي والمواجهة هي عمليات تفاعلية ترتبط مرة بخصائص الأفراد ومرة بخصائص الموقف الذي يواجهه لذلك فالتقييم المعرفي يمكن أن يزداد من خلال مختلف خصائص الموقف (طبيعة التهديد، مدته، درجة الغموض، الفجائية)، مدى توافر المساندة الإجتماعية كما وكيفا في حالة الحاجة إليها، لذلك فإن إستراتيجيات المواجهة يمكن أن تتحدد على الأقل من جهة أخرى من خلال المتغيرات الموقفية، فمواجهة الأحداث غير المتحكم فيها تجعل الفرد يستخدم إستراتيجيات متمركزة حول المشكلة. (Piquenal,2001, 96)

ولقد إقترح لازاروس ولونير (1978) تصنيفا للأحداث حسب التقييم الأولي الذي يقوم به الأفراد، ولذلك فالأحداث يمكن أن تدرك بأنها مهددة menaces أو بأنها تحديات Defis، وفي دراستين مختلفتين لماك كري (Mccrae1984) أوضح بأن التقييم الأولي للموقف الضاغط هو الذي يحدد إختيار إستراتيجية مواجهة معينة، فالحدث الذي يدرك بأنه مهدد فهو يحرك بعض الإستراتيجيات مثل تهوين الخطر، إعادة التقييم الإيجابي، ممارسة المعتقدات الدينية، أما الحدث الذي يقيم بأنه تحدي يستطيع الفرد أن يستخدم مختلف الإستراتيجيات مثل حل

المشكل، التفكير الإيجابي، الفكاهة...الخ.ولذلك فالعوامل الشخصية و الخصائص البيئية(الواقعية أو المدركة)تسهم في التقييم الأولي أو الثانوي وفي إختيار إستراتيجيات مواجهة مناسبة.

ج- المحددات البيوغرافية و الإجتماعية:

1- المواجهة والنوع:

تعد الفروق بين الذكور و الإناث من العوامل التي تؤثر في إختيار أسلوب التعامل مع الضغوط، حيث تباينت نتائج الدراسات في توضيح مدى تأثير تلك الفروق، فأشار البعض إلى أن هناك فروق في حين أشار البعض الآخر بعدم وجود فروق بينهما إلا في عدد قليل منها.

ففي دراسة إبراهيم سالم الصباطي(1996) "أشارت النتائج إلى أن هناك فروق واضحة بين الذكور و الإناث في القدرة على مواجهة الصعوبات، حيث تميزت إستجابات الإناث بالبكاء والإنسحاب من الموقف الضاغط في حين أن الذكور إتسمت إستجاباتهم بالغضب ومحاولة إثبات الذات، وهو ما يسمى بالإستجابة بالمواجهة". (فونتانا، 1993، 13)

كما توصلت كل من (Baron&Byrne,Lois1994) إلى أن الإناث أكثر إستخداما لأساليب التعامل المتمركزة على الإنفعال في حين كان الذكور أكثر إستخداما للأساليب المتمركزة على المشكلة. (التيلاوي، 2002، 46)

كما توصل (Billings & Moss 1981) أنه عند مقارنة الرجال بالنساء وجدا أن النساء يستعملن أكثر المواجهة المركزة حول الإنفعال و المواجهة بالتجنب أو المواجهة السلبية. (Piquenal , 2001, 90)

2- المواجهة و المستوى الإجتماعي والإقتصادي:

كشفت بعض الدراسات الإرتباط بين المستوى الإجتماعي و الإقتصادي والثقة في إستخدام بعض إستراتيجيات المواجهة حيث إرتبط بشدة المستوى

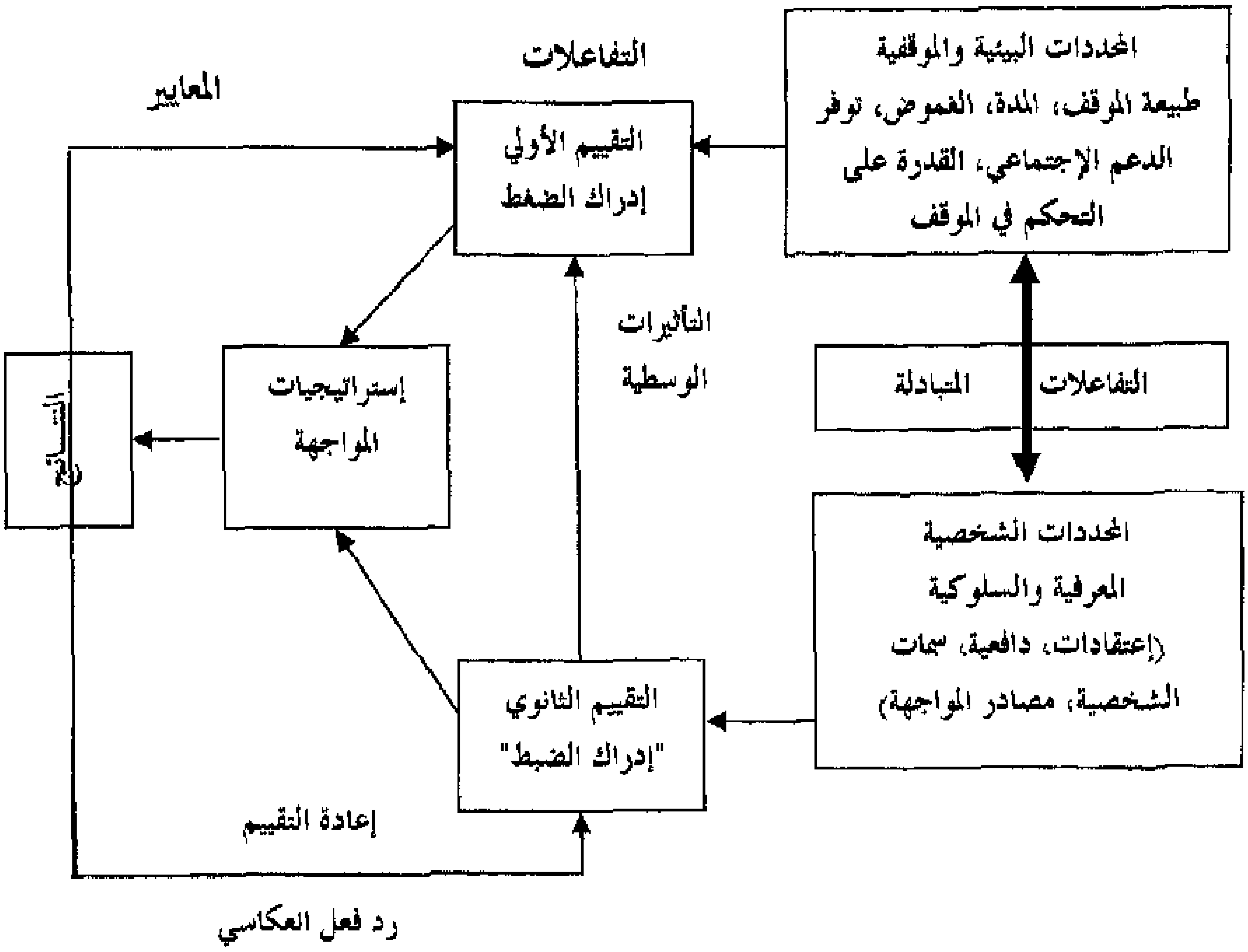
الإجتماعي والإقتصادي المرتفع مع المواجهة النشطة وإرتبط بمستوى أقل بكثير مع المواجهة بالإنسحاب، كما أن الدخل المرتفع والمستوى التعليمي الجيد إرتبطا إيجابيا بالمواجهة السلوكية النشطة، كما أن المستوى الجيد من التعليم يساعد نوعا ما على إستخدام المواجهة (بالتظاهر) عندمواجهة المشكلات المهنية أو الزوجية، كما أنه يساعد كثيرا على إستخدام المواجهة المركزة حول المشكلة. (Piquenal,2001, 100)

3- المواجهة والعمر الزمني:

يؤثر العمر الزمني في أساليب المواجهة للأحداث الضاغطة ويشير معظم الباحثين أن إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الأحداث الضاغطة تتغير مع تقدم العمر ومع زيادة مستوى النمو المعرفي للفرد، فالإستراتيجيات التي يستخدمها الأطفال تختلف عن الإستراتيجيات التي يستخدمها المراهقون و الراشدون كما تختلف إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الراشدون عن الإستراتيجيات التي يستخدمها المسنون، فهؤلاء يستخدمون إستراتيجيات مثل إعادة التفسير المعرفي للأحداث والتأكيد على الجوانب الإيجابية للحدث، بينما يميل المراهقون و الراشدون بوجه عام إلى إستخدام إستراتيجيات مواجهة تكون عدوانية وكذلك يميلون إلى الإزاحة و الإسقاط وغيرها من الأساليب الدفاعية اللاشعورية في مواجهة المواقف والتحديات التي تعترضهم في البيئة.(حسن وحسين، 2006، 140)

في المقابل فإن الصغار غالبا مايستخدمون إستراتيجيات تركز على الإنفعال وتصبح الإستراتيجيات أكثر نضجا مع تقدم العمر، ولذلك فالراشدون أكثر نضجا فهم يستخدمون إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة.ويعود الإختلاف في إستخدام هذه الإستراتيجيات إلى مجموعة من العوامل منها الإختلاف في طبيعة الضغوط التي تتعرض لها الفئات العمرية من أطفال ومراهقين وراشدين والنضج المعرفي للأفراد بالإضافة إلى القدرات المعرفية المختلفة و النمو الإجتماعي و الإختلاف في البيئات...الخ.

د-   محددات المواجهة – نموذج شامل



مخطط رقم(06) يوضح مراحل ومحددات عمليات المواجهة (التأثيرات الأساسية، التفاعلية، الوسطية، ردود فعل إنعكاسي) (المرجع: Schweitzer, 2001, 128)

4-أبعاد المواجهة:

لقد إختلفت و تنوعت أبعاد المواجهة من نموذج إلى آخر كما إختلفت هذه النماذج من حيث الطبيعة والعدد حيث تراوحت بين التصنيف الثنائي و الثلاثي حتى الرباعي و فيما يلي عرض ببعض التصنيفات:

يصنف البعض أساليب المواجهة إلى قسمين، أساليب لا شعورية و أخرى شعورية و تشير الأولى بأنها أساليب غير فعالة في التعامل مع الضغوط لكنها تستخدم بهدف حماية الشخص من حدة الإنفعالات السالبة و الإحتفاظ بالقيمة الذاتية و إحساس بالسيطرة و التحكم و ذلك عن طريق تشويه وحجب و إنكار

الموقف الضاغط، وهي لا تشير إلى اللاسواء إلا عندما يلجأ إليها الفرد بصورة مستمرة بحيث تكف الوظيفة التكيفية له، ومن أهم الأساليب اللاشعورية في التعامل مع الضغط، الكبت،الإنكار،الإسقاط، التكوين العكسي، التبرير، الإعلاء...الخ. (تفاحة، 2007، 269)

أما الأساليب الشعورية في التعامل مع الضغوط فتنقسم إلى نوعين:

أ- أساليب تركز على المشكلة.

ب- أساليب تركز على الإنفعال.

ويعتبر هذا التصنيف الأخير من أشهر التصانيف التي قدمها لازاروس وفولكمان (1984) حيث يشير إلى أن للمواجهة وظيفتين مختلفتين،ترتبط الأولى بشكل مباشر بالمشكلة في حين ترتبط الثانية بالإنفعالات المترتبة عن المشكلة. (شكري،1999، 560)

بالإضافة إلى أن التصنيف الثنائي الذي قدمه (لازاروس وفولكمان) نجد أن دراسات تاليه كشفت عن وجود بعد ثالث أطلق عليه "التجنب" يمكن إضافته إلى البعدين السابقين،في حين تطلعنا دراسات أخرى أن النموذج الرباعي المتكون من:"التمركز حول المشكلة، التمركز حول الانفعال،التجنب، إعادة التقويم" يمكن أن يكون نموذجا ملائما لتمثيل الأبعاد الرئيسية للمواجهة وعلى ما تقدم أصبحت تلك الأبعاد كما أقرتها الدراسات و البحوث التجريبية أبعادا معروفة في الإنتاج الفكري و النفسي يقررها الباحثون كأساليب لمواجهة الضغط.وقد تضمنت جل مقاييس المواجهة هذه الأبعاد مثل إستخبار طرق المواجهة للازاروس وزملائه (1986)، وقائمة مواجهة مواقف المشقة لكارفر وشاير ووترروب (Carvr&Scheir&Wintroup,)، بالإضافة إلى القوائم العربية،مايسة شكري 1999،لطفي عبد الباسط إبراهيم 1994..الخ. وفيما يلي توضيح بالإستراتيجيتين:

أ- المواجهة المتمركزة حول المشكلة:

هذه الإستراتيجية تشير إلى إدارة تهديدات الموقف و/ أو تجنيد المصادر الشخصية من أجل مواجهة أفضل،فالحياة اليومية تحمل العديد من الأمثلة عن هذا

النوع من المواجهة مثل البحث عن وظيفة بأفضل مرتب، مراجعة طبيب، بناء برنامج ما، البحث عن المعلومات..الخ (Piquenal, 2001 ,73)

ففي الأصل طبق لازاروس وفولكمان سلما مكون من 67 بندا الذي يطلق عليه (قائمة طرق المواجهة) (Way of coping chiklest) على مئة راشد، والذين دأبوا على الإستجابة عليه كل شهر طوال عام، من خلال ذكر الحدث الجديد الذي يسبب لهم الإضطراب وكيف قاموا بمواجهته، و في النهاية توصل الباحثان إلى تصنيف إستجاباتهم من خلال التحليل العاملي إلى ثمانية عوامل صغيرة تنقسم إلى إستراتيجيتين عامتين وهما المواجهة المتمركزة حول المشكلة و المتمركزة حول الإنفعال و الأولى تحوي عاملين أكثر صغرا وهما:

أ- **حل المشكلة**: (البحث عن المعلومات، إعداد خطة عمل ...الخ).

ب- **مواجهة الموقف**: القوى و الأفعال المباشرة لتغيير المشكلة .(Piquenal, 2001,75)

ب- المواجهة المتمركزة حول الإنفعال:

فهي تسمح بإدارة الإستجابات الإنفعالية الناتجة من الموقف، حيث أن ضبط الإنفعالات يمكن أن يتم بأوجه مختلفة إنفعاليا، فسيولوجيا، معرفيا، سلوكيا، فهناك العديد من الإستجابات تظهر من خلال هذا التصنيف وهي إستهلاك المواد مثل (الكحول، التبغ، المخدرات...) القيام بمختلف الأنشطة الترفيهية مثل (التمارين الرياضية، القراءة، مشاهدة التلفزيون)، أو التأنيب الذاتي أو التعبير عن الإنفعالات (كالقلق، الغضب...).كما قام (لازاروس و فولكمان) بتصنيف إستجابات (100راشد على سلم Wcc كما في السابق و أستخرجا عوامل صغيرة و ضماها إلى المواجهة المتركزة على الإنفعال وهي:

أ- التقليل من شأن التهديد.

ب- إعادة التقييم الإيجابي.

ج- التأنيب الذاتي.

د- التجنب.

هـ- الهروب.

و- البحث عن الدعم الإنفعالي.

ويمكن القول أيضا بأن المواجهة المتمركزة حول المشكلة والمتمركزة حول الإنفعال يمكن أن تواجه نفس الموقف. (Shweitzer, 2001, 70-71)

وفي نفس السياق يرى لطفي عبد الباسط إبراهيم أن عمليات المواجهة متمركزة حول المشكلة أو حول الإنفعال المترتب عنها، ويرى من وجهة أخرى أن لهذا التعامل محتوى سلوكي أو معرفي أو مزيج بينهما أي مختلطة ولذلك فهو يصنف إستراتيجيات المواجهة كما يلي:

1- عمليات سلوكية موجهة نحو المشكلة: وتشمل: الفعل النشط- التريث.

2- عمليات سلوكية موجهة نحو الإنفعال: السلبية، عزل الذات، التنفيس الإنفعالي.

3- عمليات معرفية مركزة حول المشكلة: إعادة التفسير الإيجابي، الإنكار.

4- العمليات المعرفية مركزة حول الإنفعال: القبول (الإستسلام)، الإنسحاب المعرفي.

5- عمليات مختلطة (سلوكية- معرفية): البحث عن المعلومات، الدعم الإجتماعي، التحول إلى الدين، وقد صمم مقياس أطلق عليهم مقياس عمليات التحمل ويتكون من 11 بعدا موزعا على الجوانب السابقة (إبراهيم، 1994، 6)

من خلال ما سبق يتضح التباين الواضح في أبعاد المواجهة إلا أن المتفق عليه هو أن التعامل في عمومه له وجهة، أي موجه نحو المشكلة أو نحو الإنفعال كما له محتوى أي طبيعة هذا التعامل إما أن يكون معرفيا أو سلوكيا أو إنفعاليا أو حتى فسيولوجيا أو خليط بين هذه الأنواع.

5-المداخل النظرية المفسرة لعملية المواجهة:

تعددت المداخل النظرية المفسرة لعملية المواجهة، إذ كان لها دورا هاما في تفسير عملية التعامل مع الضغوط وفيما يلي عرض بسيط بأهم هذه النظريات:

أ- المدخل الفزيولوجي:

يركز أنصار هذا الإتجاه ومنهم سيلي(Selye)وفرانكن هوزر (Frankenhouser) في تفسيرهم لكيفية مواجهة الأفراد للضغوط على مجموع الإستجابات و التغيرات الفزيولوجية التي تصاحب تعرض الفرد لمواقف ضاغطة أو صادمة مثل زيادة إفراز الغدد، التعرق، سرعة ضربات القلب، إرتفاع ضغط الدم...الخ من التغيرات الفزيولوجية وما يترتب على ذلك من زيادة نشاط الفرد أثناء مواجهة المواقف الضاغطة.حيث إنعكس هذا في العديد من تعاريف الباحثين عند تعريفهم للمواجهة، ومنهم سولس وآخرين(Seuls1993) حيث يرون بأنها "أنماط الإستجابات التي يقوم بها الفرد سواء أكانت مضمرة أو ظاهرة لمنع أو لتخفيف الضغط". (شويخ، 2007، 55)

ب- المدخل السيكودينامي:

تعد النظرية الأولى عن المواجهة، فلقد تناول فرويد (1933) مفهوم المواجهة في إطار ميكانيزمات الدفاع و العمليات اللاشعورية حيث يرى أن هذه الميكانيزمات هي عبارة عن إستراتيجيات مواجهة يستخدمها الفرد ليحمي بها نفسه من الصراعات و التوترات الناشئة من المكبوتات وهذه الميكانيزمات ذات أهمية في خفض الصراع وتعمل على مستوى اللاشعور، كما أنها تعمل على تحريف إدراكات الفرد للواقع كوسيلةلخفض التهديد، وفي ذلك يرى فرويد أن ميكانيزمات الدفاع هي بمثابة إستراتيجيات مواجهة يلجأ إليها الفرد لا شعوريا لتخفيف التوتر والقلق والصراعات الداخلية.، ومن أمثلة هذه الميكانيزمات الكبت، الإنكار، التجنب، الإسقاط...الخ. ومن هنا ترى نظرية التحليل النفسي المواجهة كعملية نفسية داخلية تنبع من داخل الفرد.

ج- المدخل المعرفي:

يذهب أصحاب هذا الإتجاه و على رأسهم لازاروس وفولكمان (1984) مكينبوم (1977)، ألبرت أليس، إلى أن مواجهة الأفراد للمواقف الضاغطة يعتمد بشكل أساسي على العمليات المعرفية سواء في تفسير الفرد للموقف أو في تقييمه لمصادر التعامل معها (تقييم أولي/ ثانوي)، وقد ظهر هذا الإتجاه كرد فعل للمدخل السيكودينامي الذي إستمر في دراسة المواجهة في سياق المرض النفسي، و يؤكد هذا الإتجاه على أن المواجهة عملية صحية وطبيعية وأنها تمكن الفرد من حل مشكلاته، وأن عملية التقييم الأولي والثانوي تؤثر بشكل فعال في تحديد طبيعة إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد حيال الموقف الضاغط، ويشير بعض الباحثين إلى أن قدرة الفرد على التحكم في الموقف الضاغط ترجع إلى التقييم الإيجابي لقدراته وإمكاناته و(مصادر التعامل)، وأن الأفراد الذين يفشلون في المواجهة يكون لديهم إعادة تقييم معرفي لقدراتهم و إمكاناتهم ويدركون أنفسهم على أنهم عاجزون وليس لديهم القدرة على التحكم في الموقف، ولذلك فالمنحنى المعرفي عموما يرى أن المواجهة تعتمد أساسا على إدراك وتقييم الأفراد للمواقف على أنها مهددة أم لا و ليس على خصائص الموقف كما هي في الواقع.

د- المدخل التفاعلي- مدخل التقارب بين الشخصية خصائص الموقف :

إن القصور في المداخل السابقة هي إغفالها لدور العوامل الموقفية في تحديد سلوك المواجهة، فلقد أفرزت بحوث (لازاروس وفولكمان) إلى ظهور مدخل جديد يركز على التقارب بين عوامل الشخصية و السياق الموقفي، كما جاء هذا المدخل ليؤكد من خلال البحوث التي قام بها كل من أوبرين ودلونجس (Obrien & Delrgis1996) وغيرهم على كل من العوامل الموقفية وعوامل الشخصية في تفسير قدر كبير من التباين في سلوك المواجهة بين الأفراد، فهذا المدخل يعترف بأهمية كل من عوامل الشخصية و المحددات الموقفية في عملية المواجهة.

وفي هذا الصدد يشير موس و بيلينغ(Moss& Billeings 1982) أن المصادر البيئية تؤثر بشكل فعال على تقييم الفرد للتهديد الذي ينطوي على الموقف

الذي يتعرض له الفرد وأيضا على إختيار وفاعلية إستجابات المواجهة وبذلك فإن عملية المواجهة تعتمد على العوامل الموقفية وعلى المصادر الداخلية والخارجية للفرد.

إن المداخل السابقة و التي حاولت تفسير المواجهة نظرت كل واحدة منها إلى المواجهة من زاوية محددة، فالمدخل الفزيولوجي ركز على الإستجابات الفزيولوجية كطريقة تعبر عن المواجهة في حين ركز المدخل السيكودينامي على ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية بإعتبارها إستراتيجيات لمواجهة الصراعات الداخلية للفرد، وبذلك فهي أهملت الدور الإيجابي للفرد و أن عملية المواجهة هي عملية شعورية واعية و مرنة يتم إستخدامها تبعا لمطالب البيئة والموقف الذي يواجهه الفرد عكس ميكانيزمات الدفاع لا يختارها الفرد بطريقة شعورية وعن قصد ووعي منه وهي ثابتة لدى الفرد وترتبط بالمرض النفسي.أما المدخل المعرفي فركز على دور و أهمية العمليات المعرفية في تفسير وتقييم الموقف الضاغط و أهملت المحددات الموقفية كخصائص الموقف وكذا وجود الدعم أو غيابه ودورها في المواجهة، ولذلك وفي عام (1999) أشار لازاروس إلى أنه لا يوجد إجماع على أن هناك إستراتيجيات فعالة وأخرى غير فعالة، وعلى هذا فإن نجاح عملية المواجهة يعتمد على درجة التناغم أو التناسق بين إستراتيجيات المواجهة المستخدمة لدى الفرد و بين الظروف والعوامل الموقفية ولذلك يأتي المدخل التفاعلي ليجمع بين أهمية كل من خصائص الفرد و خصائص البيئة في عملية المواجهة، إذ أنها تتفاعل وتتداخل بدرجة تجعل الفرد يختار الإستراتيجية المناسبة لمواجهة الموقف الضاغط.

6- المواجهة كمتغير واقي من الضغوط النفسية:

لقد أصبح واضحا أن هناك علاقة سببية بين التعرض لمثيرات المشقة و الإصابة بالإضطرابات النفسية والجسدية، فالكثير من الدراسات أكدت أن الكثير من الأفراد يظهرون علامات الإنهيار نتيجة لتعرضهم لخبرات ضاغطة إلا أن هناك إتجاها حديثا نمى نتيجة تزايد الأبحاث بخصوص العوامل التي تتوسط العلاقة بين التعرض للضغط و المرض، فقد لاحظ الباحثون في عدة دراسات أن هناك إرتباط ضعيف بين إدراك المشقة والإصابة بالإضطراب النفسي أو الجسدي، مما حذا

بالباحثين إلى تشخيص مصادر المقاومة التي يستطيع من خلالها الأفراد الإحتفاظ بصحتهم الجسمية و النفسية ومن بين المتغيرات التي لقت إهتماما واسعا من قبل الباحثين طريقة إدراك الفرد للحدث الضاغط وتقييمه له والأساليب التي يستخدمها في التصدي والمواجهة، فالسؤال الذي يطرح نفسه كيف تعتبر إستراتيجيات المواجهة متغيرا واقيا يقي الفرد من الوقوع فريسة الإضطراب النفسي و الجسدي؟

يشير لازاروس و فولكمان أن طريقة إدراكنا للأحداث من المحددات الهامة للصحة النفسية، فالأحداث قد تزيد من ثقة الفرد ومهاراته في التعامل معها وقد تكون ضاغطة وذات تحدي بالنسبة لآخر وقد تكون حدثا روتينيا لشخص ثالث وهذا وفقا للتقييم المعرفي للفرد و التقييم المعرفي للأحداث يمر بمرحلتين:

أ- **التقييم الأولي (المبدئي):**

تهدف هذه المرحلة إلى تقديم معنى للموقف أو الحدث و يساعده على إضفاء هذا المعنى خبرات الفرد السابقة، و في العموم هذه المرحلة تسعى للإجابة عن تساؤلين رئيسين هما ماذا يعني هذا الموقف بالنسبة للفرد؟ وهل سيصبح هذا الموقف مثيرا للضغط أم لا؟

ب- **التقييم الثانوي:**

تسعى هذه المرحلة إلى تحديد المصادر المتاحة لدى الفرد للمواجهة مع التهديد المدرك، وتسعى هذه المرحلة للإجابة عن السؤال التالي ماذا يمكن عمله لمواجهة هذا التهديد؟ فبينما تركز العملية الإدراكية الأولية على مصدر التهديد، تركز العملية الثانوية على جمع المصادر المتاحة للفرد للمواجهة و التصدي لهذا التهديد. ومن هنا فعملية التقييم المعرفي هي التي تحدد طريقتنا في المواجهة، فالأحداث لا تكون ضاغطة إلا بالقدر الذي نراه بأنها كذلك، أي من خلال إدراكاتنا و تفسيراتنا لها بأنها مهددة، ولذلك يشير لودنسلاجير وريث (Laudenslajer & Reit 1984) " إلى أن الإدراك السلبي لأحداث الحياة ومشاعر إنعدام القوة وعدم التحكم في الأحداث قد يوقع الفرد فريسة الإضطراب النفسي و الجسدي".

فلقد ركزت عديد الدراسات على إستراتيجيات المواجهة التي تتضمن الجهود السلوكية للتعامل مع أحداث الحياة الضاغطة، فقد وجد برلين وسكولر(Schooler&Pearlin1987) أن الثقة بالذات والتفكير التأملي يؤدي إلى تخفيف حدة المعاناة النفسية والتأثير الإجمالي لتوترات الحياة، كما توصل موس وبيلينجز (Moos & Billeings 1982) إلى نفس النتيجة حيث وجد أن إستراتيجيات المواجهة التي تعتمد على التحليلات المنطقية والبحث عن المعلومات وسلوك حل المشكلات من المحتمل أن ترتبط بالتكيف مع المواقف الضاغطة في حين وجدا في دراسة أخرى سابقة (1981) أن الإستراتيجيات التي تقوم على تجنب المشكلة من المحتمل أن تؤدي إلى الإضطراب الجسمي و النفسي.

ولقد أشار ريس (Rees1976) إلى أن الإستراتيجيات غير الفعالة في مواجهة الضغوط هي تلك التي تعتمد على الحيل وميكانيزمات الدفاع كوسيلة للمواجهة، فقد يحسم الفرد الموقف بالإنكار أو اللوم أو الإسراف في تناول الطعام أو الشراب أو التدخين، أو التبرير وخداع الذات أو الإنسحاب من المثيرات والمواقف الضاغطة وهذه الميكانيزمات المتبعة في المواجهة يمكن أن تحسن من تأثير الخبرات الصادمة، ولكنها لن تحسن مصاحبتها الجسمية و النفسية.(علي، 1997، 225)

فقد وجدت فايلانت (Vaillant1977) أن هناك إرتباطا سالبا بين المواجهة بالتجنب و بين التوافق النفسي، وفي نفس السياق أظهرت دراسة كوبازا(Kobassa1982) على المحامين الذين يخبرون ضغوط، أن أولئك الذين إستخدموا إستراتيجيات تجنب قليلة كمحاولات الرفض والإنكار و التقليل من شأن الأحداث أو الفرار من الموقف قد أظهروا أعراضا للمعاناة الجسمية و النفسية أكثر من المحامين الذين إنشغلوا بمواجهة المواقف الضاغطة. (مخيمر، 1997، 102)

من خلال العرض السابق يتضح أهمية المواجهة كخاصية من الخصائص الشخصية التي تعمل كمتغير وسيط أومعدل بين الإحساس بالضغط والإصابة بالإضطرابات النفسية والجسدية، فإستخدام الأساليب المناسبة و المثلى و التي

تتناسب وطبيعة الموقف وشدته تجعل الفرد يحس أو يشعر بعدم التهديد وبذلك يحافظ على توازنه النفسي و إستقراره و شعوره بالأمن وهذا ما يساعد على الإحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية.

من خلال ما سبق عرضه نستطيع القول أن المواجهة تعتبر إحدى المتغيرات الأساسية والمهمة في حفاظ الفرد على صحته النفسية والجسدية، فالفرد الذي يستخدم إستراتيجيات إيجابية في المواجهة بإمكانه التخفيف وخفض تهديد العوامل والمواقف الضاغطة في بيئته، ولذلك نرى أن ضرورة التدرب على هذه المهارات يقي الفرد من الشعور بالتوتر والضغط .

ولذلك فإن الإهتمام بدراستها يندرج ضمن البحوث الحديثة التي تحاول معرفة العوامل والأسباب التي تجعل الأفراد محتفظين بصحتهم مقارنة بآخرين يواجهون نفس المواقف الضاغطة والمهددة، ولذلك فهناك مجموعة من الخصائص تعتبر المواجهة قطبا أساسيا فيها، وسنتناول في الجزء التالي خاصية مهمة أخرى هي الصلابة النفسية.

ثانيا- الصلابة النفسية:

أخذ مفهوم الصلابة النفسية منذ بعض السنوات يثير إهتمام وإنتباه الباحثين في مجالي الوقاية والصحة داخل العمل، لما تمثله كمصدر شخصي أساسي يسمح للشخص أن يدرك الضغط النفسي على أنه لا يمثل تهديدا، كما تساعده بأن يظل في صحة جيدة رغم الظروف المضادة في العمل والتي تحمل عددا من مصادر الضغط. (Delmas&all, 2004, 12)

وتعزى غالبية البحوث في هذا الموضوع إلى سوزان كوبازا (Suzan Kobassa1982) وزملائها الباحثين العاملين معها، فقد حددت هذا المفهوم من خلال دراساتها السابقة التي أتت إستكمالا وتعميقا لرسالتها في الدكتوراه، وقد إستهدفت من الدراسات معرفة المتغيرات النفسية والإجتماعية التي تكمن وراء إحتفاظ بعض الأشخاص بصحتهم الجسمية والنفسية رغم تعرضهم للضغوط وقد

بنت فلسفتها على الإفتراضات التي قدمتها المدرسة الإنسانية في علم النفس وتتلخص هذه الإفتراضات في أن الأفراد يمتلكون دافعا داخليا وإمكانات ذاتية للنمو والتطور الشخصي والذي سماه كل من روجرز (Roger) وماسلو (Maslow) الدافع لتحقيق الذات. (مخيمر، 1996 ، 282)

كما تشيركوبازا بأنها تأثرت كثيرا بالفلاسفة الوجوديين أمثال فرانكل (Frankle)، وإنطلاقا من هذه الفلسفة فالصلابة النفسية هي خاصية شخصية تتضمن مجموعة إعتقادات ومشاعر وقيم والتي تتكون من كوكبة من الأبعاد المرتبطة داخليا متمثلة في مكونات(الإلتزام، التحكم، التحدي). (Delmas&al,2001,13)

كما أنها تأثرت كثيرا بالمنظور المعرفي للازاروس، وفولكمان (Folkman& Lazarus) وتتفق معهما في أن الخصائص النفسية كالصلابة مثلا تؤثر في تقييم الفرد المعرفي للحدث الضاغط ذاته وما ينطوي عليه من تهديد لأمنه وصحته النفسية وتقدير لذاته كما تؤثر أيضا في تقييم الفرد لأساليب المواجهة.

وسنحاول في هذا الجزء استعراض مجموعة من تعاريف الباحثين حول الصلابة النفسية وعلاقتها ببعض المفاهيم المرتبطة بها، ثم كيفية نشأة الصلابة النفسية، كما سنتطرق إلى أبعاد ومكونات الصلابة كمتغير سيكولوجي أو خاصة نفسية يتكون من جملة من المكونات ثم نشير إلى بعض خصائص ومميزات الأفراد مرتفعي الصلابة ومنخفضيها، وكذا الفروق بين الجنسين في هذه الخاصية، وفي الأخير سنشير إلى أهميتها كمتغير أو عامل واق من الضغط وبذلك كيف تخفف من وقعها، وبالتالي الإحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية للفرد وكيف تتوسط هذه الخاصية بين الضغط والمرض النفسي والجسدي.

1- **تعريف الصلابة النفسية**:

الصلابة النفسية(Hardiness) مفهوم وضعه كل من كوبازا ومادي (Kobassa& Madi) وهو مفهوم يسمح لنا بفهم بعض السمات الشخصية للأفراد

والتي يمكن أن تمثل مصدرا نفسيا للمواجهة، وتترجم إلى اللغة الفرنسية بعدة مصطلحات منها [1] (Robustesse) (Endurance) أو (Hardiesse).

وقد ترجمت إلى اللغة العربية بـ(الصلابة النفسية) ومصدرها صلب ومعناه قوي ومقاوم.

وحسب زمباردو (Zimbardo1997)، فإن الصلابة النفسية ليست مفهوما حديثا ولكنه إعادة صياغة لسمات الشخصية العصابية، فالأفراد ذو الدرجات المرتفعة في سمة(الصلابة)منخفضي الدرجات في العصابية والأفراد ذوي الدرجات المرتفعة في العصابية منخفضوا الصلابة النفسية.(إسماعيل، 2004، 87)

وتعتبر الصلابة النفسية أكثر سمات الشخصية التي نالت قدرا كبيرا من الإهتمام البحثي كمتغير وسيط بين الضغط والمرض، ويقصد بها المرونة في التعامل مع المواقف الضاغطة ومواجهتها.

وتشير كذلك برونست (Pronost 2007) أن الصلابة النفسية توصف بأنها إحدى المتغيرات الأساسية الوسيطية في العلاقة بين الضغط والمرض من خلال تدخلها كمتغير واقي من الإنهاك النفسي، وتضيف كذلك بأنه يمكن إعتبارها كسمة من سمات الشخصية المعدلة أو المخففة للإحتراق النفسي، أو كمصدر شخصي يساعد الفرد على رفع التحدي لمجابهة وإدارة الضغوط للحفاظ على الصحة النفسية والجسمية. (pronost, 2007, 2)

وتعرفها (كوبازا ومادي) " بأنها سمة من سمات الشخصية التي تعمل كمصدر مقاومة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة" . (Kobassa & Maddi, 1984,169)

كما تعرفها كذلك بأنها" إعتقاد عام للفرد في فاعليته وقدرته على إستخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة".(عسكر، 2003، 155)

1- Robuste: adj: fort et résistant: nf Robustesse.(Back ,2000 , 378)

ومن خلال هذا التعريف يتضح مدى تأثر كوبازا بالإتجاه الإنساني حيث تؤكد على فاعلية الفرد وقدرته على التحكم في مجريات حياته حيث بإمكانه إستخدام كل إمكانياته النفسية وقدراته لمواجهة مواقف الحياة.

كما يعرفها الحواجري (2004)"بأنها العامل الذي يميز بعض الأفراد بمقدرتهم على مجابهة الضغوط وتحملها مقارنة بالآخرين، حيث أن أفضل المتكيفين مع الضغوط هم الأشخاص الذين لديهم سمات شخصية يطلق عليها الشخصية الصلدة وهي تسمية لأشخاص لديهم إلتزام عال ويستمتعون بعملهم وأسرهم وأصدقائهم، والذين يملكون الإحساس بالسيطرة على الأمور والذين يمتلكون الإحساس بالقدرة على مجابهة التحديات". (الحواجري، 2004، 53)

أما أنتونوفسكي (Antonovski) فقد ذهب إلى أن" الصلابة النفسية هي مصدر للمقاومة من خلالها يمكن معالجة الآثار المحتملة للضغط". (دخان و الحجار، 2006، 377)

أما كادور(Kaddour) "فيرى أن الصلابة النفسية مفهوم يشير الى خاصية نفسية تسمح لنا بالتمييز بين الأفراد من خلال مدى قدرتهم على مقاومة الآثار السلبية للضغط ". (kaddour, 2003, 227)

وحسب آن جولي (Anne Jolly 2001)"فإن الصلابة النفسية من منظور عام مفهوم يصف حالة فرد لا يتعب وينخرط في العديد من الأنشطة بفضول وحب إستطلاع مع ميل للمخاطرة وحب للتغيير". (Jolly, 2001, 78)

كما يعرفها سانتفوك (santvok) بأنها"خاصية تشير إلى قدرة الفرد على التحكم في أسلوب حياته والإلتزام والتحدي في الحياة ومن شأن هذه الخاصية أن تساعد الفرد على مقاومة التعرض للإصابة بالأمراض النفسية النفس - جسمية". (غانم، 2008، 55)

كما ان الصلابة النفسية تشيرإلى خاصية لدى فرد يمتلك مجموعة من السمات التي تساعده على مواجهة مصادر الضغط، فالذي يتميز بالصلابة النفسية لديه القدرة على توقع الأزمات والتغلب عليها في النهاية." (عسكر، 2003، 155)

مما سبق فالصلابة النفسية تشير إلى وجود ثلاثة خصائص عامة لدى الأفراد والتي تسمح لهم بمواجهة أحداث الحياة الضاغطة وهي:

- إعتقاد الفرد بأن له القدرة على التحكم وضبط الأحداث التي تحيط به.
- شعوره أو إحساسه بالإلتزام إتجاه المهام والأنشطة التي يقوم بها.
- الإحساس بالتحدي والذي يعود إلى إدراك الفرد أن التغيرات في البيئة تمثل تحديا وليس تهديدا. (kaddeur, 2003,228)

أما هوبفول(hobfool1989) صاحب نموذج (CDR) أومايطلق عليه نموذج حفظ الموارد (conservation des resources) فيشير بأن الخصائص الشخصية والتي تساعد على مقاومة الضغط يمكن إعتبارها كمصادر نفسية، وهذا ما يسمح بإعتبار الصلابة النفسية كمصدر نفسي هي كذلك، فهي تسمح في البداية للفرد بإعادة تفسير الأحداث بشكل يجعل الفرد يقيمها بأنها تحدي أكثر من كونها تهديدا، كما أنها تحدد في المرحلة التالية تبني الفرد لبعض إستراتيجيات التوافق كرد فعل على الموقف الضاغط.

ويرى كادور (kaddeur 2003) بأن الصلابة النفسية مصدر نفسي لا يختلف عن المساندة الإجتماعية والتكوين الجسمي وعن عادات الحياة الصحية التي هي أيضا مصادر أخرى للمقاومة والتي تعمل على حماية الأفراد ضد التأثيرات السلبية للضغط النفسي". (kaddeur, 2003, 228)

من خلال عرض التعاريف السابقة يتضح أن جل التعاريف تتسق في إتجاهها نحو:

- إعتبار الصلابة النفسية سمة وخاصية من الخصائص النفسية، وكذا إعتبارها متغير وسيط بين الضغوط والمرض النفسي والجسدي أو مصدر مقاومة.
- التأكيد على فاعلية هذه السمة أو الخاصية في المجابهة ومواجهة الضغوط وتحقيق التكيف والتوافق النفسي.
- إعتبار الصلابة النفسية متغيرا واقيا أو مخففا من آثار الضغوط كالإنهاك النفسي والإحتراق النفسي ...الخ.

إنطلاقا من عرض التعاريف السابقة يتضح أن الصلابة النفسية تتقاطع مع مفاهيم أخرى وهذا ما أكدته (كوبازا) حيث أشارت إلى أن هذا المفهوم يتشابه مع مفاهيم أخرى مثل الفاعلية الذاتية (لباندورا) ومفهوم حاسة التماسك لأنتونفسكي (Antonnovesky) كما يشير بعض الباحثين أمثال (عسكر) "بأن مفهوم الصلابة يماثل مركز الضبط الداخلي حيث يقول أنه في ضوء بحوث روتر (Rotter) نجد أن الأفراد الذين يتسمون بدرجة عالية من الصلابة يماثلون ذوي مركز التحكم الداخلي". (عسكر، 2003، 127)

وسنحاول في الجزء التالي شرح هذه المفاهيم والوقوف على العلاقة بينها وبين الصلابة النفسية.

1- الكفاءة الذاتية:

تشير الفاعلية الذاتية إلى ثقة الفرد الكاملة في قدراته خلال المواقف الجديدة أو ذات المطالب الكثيرة، أو هي إعتقادات الفرد الشخصية على أنه قادر على أن يكون سببا في أي حدث، وبأنه يستطيع أن يدير نظام حياته بصورة أكثر فاعلية ويكون أكثر تحديدا لأهدافه، وإدراك تلك القدرة والإستطاعة يعكس شعورا بالتحكم في البيئة بالوسائل التي تحقق الفعل التوافقي، كما تعبر أيضا عن ثقة الفرد في ذاته بالقدرة على التعامل مع ضغوط الحياة. (سكران، 2003، 286)

ولقد إتخذها باندورا(1988) البؤرة الأساسية للنظرية الإجتماعية المعرفية، وبناء عليه فإن فعالية الذات تسبب فروقا في كيفية شعور الناس وتفكيرهم وأفعالهم، وذلك بأن الأفراد الأقل إدراكا لفعالية الذات يوصفون بإنخفاض في النشاط الحيوي وتقدير الذات والقلق والعجز والتشاؤم بصورة مقلقة، أما ذوي الإدراك المرتفع للكفاءة فإنها تيسر العمليات المعرفية والأداء في المواقف المختلفة وإصدار القرارات والإنجاز الأكاديمي، ولذلك فمستويات فعالية الذات يمكن أن تعزز أو تضعف الدافعية، فذوي فعالية الذات المرتفعة يميلون للمهام الأكثر تحديا ويحددون لأنفسهم أهدافا عالية ويثابرون لتحقيقها، ففعالية الذات تحرك الناس لإختبار المواقف ذات التحدي وإستكشاف البيئة أو خلق بيئات جديدة.

وفيما يتعلق بالضغوط فقد وجد أن ذوي الدرجة العالية من الكفاءة الذاتية يواجهون المواقف الضاغطة بدرجة منخفضة من الإستثارة الفيزيولوجية، ولذلك يظل هؤلاء في حالة هادئة نسبيا عند مواجهتهم الأزمات المصاحبة لهذه المواقف ومن خلال هذا العرض يتضح ملامح الإتفاق بين مفهومي الفاعلية الذاتية والصلابة النفسية حيث أن خصائص الأفراد ذوي الفاعلية الذاتية المرتفعة تماثل خصائص الأفراد ذوي الصلابة المرتفعة، حيث نجد من بينها الميل للمهام التي يكون فيها تحدي لقدراهم والإلتزام بالأهداف المحددة والمثابرة لتحقيقها وعندما يحدث فشل فإنهم يكونون أسرع في إستعادة قواهم وإنجاز أهدافهم، كما أن فعالية الذات تعني القدرة على التحكم في المشكلات وهي تعتبر أحد أبعاد الصلابة النفسية(التحكم)، وكذا المثابرة في مواجهة هذه المشكلات حتى الوصول إلى حلها وهي كذلك أحد أبعاد الصلابة (الإلتزام).

2- مصدر الضبط:

لقد ظهر هذا المفهوم على يد جوليان روتر(1954) وذلك من خلال نظريته عن التعلم الإجتماعي،ويشير مفهوم مركز الضبط أو التحكم إلى كيفية إدراك الفرد لموجهات الأحداث في حياته أو إدراكه لعوامل الضبط والسيطرة في بيئته، فعندما يعزو الفرد إنجازاته وما حدث له من نتائج سلبية وإيجابية إلى الحظ والصدفة أو القدر وقوة الآخرين فإن هذا الفرد يندرج تحت فئة ذوي مركز الضبط الخارجي، وفي المقابل فإن الفرد الذي يعزو إنجازاته وإخفاقاته إلى جهوده الشخصية فإنه يعتبر من ذوي مركز الضبط الداخلي. (حسن وحسين، 2005، 124)

وبذلك فهو سمة شخصية تحدد إستجاباتنا للمواقف الضاغطة والشاقة، فالأفراد الذين يتميزون بالضبط الداخلي يعتقدون أن لديهم تحكم في الأحداث اليومية ولذلك تكون قراراتهم وإنفعالاتهم مؤثرة في حياتهم، وفي المقابل الذين يتميزون بالضبط الخارجي يعزون الأحداث لعوامل خارجة عن تحكمهم وسيطرتهم، فقد إفترض سيلجمان (seligman1975) أن ذوي الضبط الخارجي أكثر إحتمالا لأن يعانوا من العجز المكتسب، فهم أكثر إحتمالا لأن يستجيبوا

للمواقف الضاغطة بالإنسحاب، بينما ذوي الضبط الداخلي يحاولون المواجهة. (إسماعيل، 2004، 89)

ومن خلال ما سبق يتضح أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الداخلي يماثلون الأفراد ذوي الشخصية الصلبة حيث إفترضت كوبازا ومادي (1984) أنهم يتميزون بثلاث خصائص وهي :مستوى مرتفع من الإصرار والإنغماس في حل المشكلات، مصدر الضبط داخلي (حيث يتحكمون في تصرفاتهم وأفعالهم وخبراتهم)، والميل إلى التحدي والمقاومة. (إسماعيل، 2004، 89)

ويضيف بعض الباحثين أن الفرد ذو مركز الضبط الداخلي يكون عالي التركيز الذاتي Self. Focused ولذلك يعطي إهتماما وإنتباها لإستجاباته الداخلية للضغوط وإتخاذ إجراءات المواجهة وهذه صفة شخصية تعوق تأثير الضغوط.

ومن خلال ما سبق نجد أن خصائص الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي تشبه خصائص الأفراد ذوي الصلابة النفسية ومن بينها القدرة على التحكم والسيطرة في مجريات الأحداث والإصرار والمثابرة على حل المشكلات والإلتزام بالأهداف وعزوها إلى السلوك الشخصي، وأي نجاح وتطور فهو ناتج عن العمل والجهد وليس راجعا إلى الحظ أو الصدفة.

3- قوة الأنا:

قوة الأنا هي الركيزة الأساسية في الصحة النفسية، وتشير قوة الأنا إلى التوافق مع الذات والمجتمع، علاوة على الخلو من الأعراض العصابية والإحساس الإيجابي بالكفاية والرضا، وقوة الأنا هي القطب المقابل للعصابية، حيث يرى كثير من علماء النفس أن هناك متصلا يقع في أحد أطرافه قوة الأنا ويقع في الطرف الأخر قطب العصابية. (كفافي، 1982، 04)

ويرى فرج عبد القادر طه (1993) أنها قدرة الشخص في تحقيق أهدافه والتي يتخذها دليلا على الصحة النفسية، وقوة الأنا طاقة الفرد النفسية التي تحدد مدى تحمله للظروف غير المواتية .

ويرى البعض أن قوة الأنا تتمثل في قدرة الفرد على إستثمار كافة المصادر النفسية والمادية والإستراتيجيات العقلية المتاحة لديه، من أجل التوافق مع نفسه والآخرين من حوله ومواجهة الضغوط والشدائد بفاعلية. (طه وآخرون، 42، 1993)

فيما يرى آخرون أن هناك تداخلا بين مفهومي الصلابة النفسية وقوة الأنا مع بعضهما، حيث أن قوة الأنا تعمل على تدعيم صلابة الفرد النفسية إتجاه الأحداث الضاغطة، وأن الصلابة تعمل جاهدة لوقاية الفرد من وطأة الإضطراب النفسي والجسدي.(أبو ندى، 2007، 33)

4- الشعور بالتماسك:

إن مفهوم الشعور بالتماسك يعتبر واحدا من المفاهيم النفسية المتجادل حولها، وحسب أنتوفسكي (Antonovesky) فإن هذا المصطلح يعتبر مصدرا داخليا للصحة، إذ أن أعماله حول الشعور بالتماسك جاءت بهدف تحديد وفهم عملية المقاومة لدى الأفراد ضد مصادر الضغط في محيطهم، حيث حاول بحث و فهم العوامل التي تجعل بعض الأشخاص يتمتعون بالصحة في عالم مليء بمسببات الضغط، وأكتشف بأن الشعور بالتماسك هي خاصية أو سمة مشتركة لدى الأفراد الذين حافظوا على صحتهم في وجود الظروف الضاغطة، ويقع هذا المفهوم في قلب الإتجاه الصحي الذي يدافع عنه (أنتوفسكي) والذي يسمح للفرد بالتمتع بالصحة وينمي ويزيد من قدرة الفرد على المقاومة والتصدي للضغوط.

ويؤكد بعض الباحثين ذلك ويشيرون إلى أن هذا المفهوم ينتمي إلى منحى التصور الصحي لشخصيه الفرد حيث يرى (Consoli 1993) " أن الشعور بالتماسك هو توجه عام للتفكير متمركز حول الشعور الدائم والديناميكي بالثقة بالنفس والذي يسمح للشخص بفهم وضبط المثيرات الآتية من المحيط الخارجي أو الداخلي من أجل المواجهة والتصدي للمواقف الضاغطة". (jolly, 2002, 78)

في حين يرى ناجاربرت (Nadja Robert& al) بأن الشعور بالتماسك يمثل ركيزة هامة في النماذج الكلاسيكية لعلم نفس الصحة التي تبحث في العوامل التي تسمح للفرد بالتمتع بالصحة الجيدة عندما يكون تحت طائلة الضغط،

وليس في العوامل التي تجعل الفرد هشا (vulnerable) وتعرفه أيضا بأنه "توجه عام متمركز حول شعور ثابت بالثقة بالنفس ولكنه ديناميكي يسمح بفهم وضبط وإستدخال الأحداث والمواقف الداخلية والخارجية بعقلانية". (Robert & al, 2006, 26)

كما يعرف بأنه" توجه منظم يمكن أن يساعد على وقاية الفرد من الإضطرابات في حالة الظروف الضاغطة الشديدة ".

أما أنتوفسكي "فيرى أن الشعور بالتماسك هو توجه أساسي عام لدى الفرد معرفيا وعاطفيا في مواجهة العالم المحيط به، وهو شعور بالثقة المطلقة والثابتة لكنها ديناميكية، وإدراك الفرد بأن التغير في الأحداث الداخلية أو الخارجية يمكن ضبطها والتحكم بها وبذلك إستخدامه للمصادر المتاحة للحفاظ على الصحة النفسية والجسدية[1]. ويرى أنتوفسكي أن الشعور بالتماسك عموما يتكون من ثلاثة أبعاد وهي[2]:

أ- الشعور بفهم الأحداث التي تلم بحياة الفرد. Comprehensibilité.

ب- الشعور بالقدرة على التحكم في الأحداث وضبطها . Gérabilité.

ج- الشعور بأن هذه الأحداث لها معنى وقيمة . Significabilité.

إنطلاقا من هذه الخصائص، فالأفراد الذين يملكون شعور مرتفعا بالتماسك هم أكثر قدرة على تبني سلوكيات ملائمة للتكيف مع المواقف الجديدة والمفاجئة في سياق النمو، كما لديهم القدرة على الإختيار والتنويع في نماذج الإستجابة لها.كما أن درجة أو مستوى التماسك يؤثر على قدرة الفرد في إستخدامه للمصادر المتاحة لكي يحتفظ بصحته ويحافظ على شعور بالوجود الأفضل (Bien être)[3].

1- www.phanc.gc.ca/publicat/mh/mhp02psm02/2-f,html

2-http://classiques.uqpc.ca/contempiraines/paquet-ginette/facteurs-soc-sante-2003/facteurs-soc-2003-texte-html

3- www.pronotionsante.ch/f/knouhow/glossar/default.as-p.

وفي بعض الدراسات، مفهوم الشعور بالتماسك يماثل أو يصبح مشابها لمفهوم الإحساس بالتحكم أو الضبط. ويشير كذلك (أنتوفسكي) بأن مفهوم الضبط يعكس إمكانية إستخدام المصادر المتاحة من أجل مواجهة المطالب المختلفة، كما أنه يعكس القدرة على مقاومة الضغط، ويتفق في هذا مع باندورا الذي صاغ مفهوم فاعلية الذات والتي يرى بأنها الإعتقاد في القدرة على التحكم في البيئة وكذا الثقة في النفس للقدرة على التعامل مع الضغوط (القدرة على مواجهة التأثيرات الضاغطة والمقلقة)[1].

ومما سبق يتضح ملامح الإتفاق بين مفهوم الصلابة النفسية والشعور بالتماسك.

2- نشأة الصلابة النفسية:

إن الصلابة النفسية كغيرها من المتغيرات والخصائص النفسية تنشأ وتتعزز من خلال التنشئة الوالدية أو من خلال نماذج والدية محددة. فلا أحد ينكر دور التنشئة الأسرية في تشكيل الصحة النفسية للطفل حيث يولد وهو مزود بإستعدادات طبيعية جسمية وحسية وعقلية لممارسة حياته بصورة سوية في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلى الرغم من إفتقاره إلى وسائل تنمية تلك القدرات بمفرده، إلا أنه يعتمد على المحيطين به في توفير الجو الملائم لنموه وتطوره، وكلما توفرت له وسائل تنمية قدراته وإكتساب خبرات جديدة وتعلم أنماط متعددة للسلوك الحياتي كلما كانت حياته في الكبر ذات فعالية . (مخيمر، 1996، 278)

ويشير في هذا الصدد بولبي (Boulby) أنه من أسس الصحة النفسية أن يكون للطفل علاقة دافئة حميمية ومستمرة مع والديه، وهذه العلاقة تكون قائمة على الرعاية والتجاوب والحساسية لحاجات الطفل ومنحه الحب والحنان وتشجيعه على التفرد وإستكشاف البيئة وإشباع حاجاته المختلفة بجعل الطفل أكثر صحة، بينما خبرات الطفولة المؤلمة التي تحرم الطفل من إقامة علاقة حب آمنة وثابتة

1 www.aifref.vpam.ca-Actesdu8emcongrés de l'AIFREF

بالإضافة إلى التوقعات اللاواقعية من الآباء للأبناء تؤدي إلى الشعور بالعجز عن إقامة علاقة إنفعالية و الإستمرار فيها مما قد يؤدي إلى الإكتئاب.

وقد ركز (جون بولبي) أيضا علي أن الإضطراب الذي يحدث في مراحل الحياة المختلفة قد ينتج عن خبرات الإنفصال والفقدان، حيث أشار إلي أن الأفراد قد يصبحون مكتئبين إذا ما تمت تنشئتهم بواسطة آباء فشلوا في إمدادهم بعلاقة ثابتة وآمنة أو كانوا يكررون علي مسامعهم دائما كيف أنهم غير أكفاء وغير ناجحين مقارنة بأقرانهم وأنهم غير محبوبين ممن حولهم . (إبراهيم، 2006، 66)

فالسلوك الوالدي المدعم لقدرة الطفل على إتخاذ القرارات وإستكشاف وفحص البيئة، وفرض القليل من القيود عليه تجعله أكثر كفاية وتحدي، ويبدو أن إعتقاد الفرد في إستقلاله الذاتي وإعتقاده في القدرة على التحكم في الأحداث إنما يتم في إطار علاقة والدية تتسم بالدفء والديمقراطية وإعطاء الأبناء الفرصة لإتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية مما يجعل الأبناء يعتقدون بأنهم يستطيعون التأثير بإيجابية في أحداث حياتهم، أما السلوك الوالدي الذي يتسم بفرض الكثير من القيود يجعل الفرد أقل قدرة على إتخاذ القرارات والإلتزام بالأهداف ولذلك يميل سلوكه إلى الإعتمادية مما يجعله يشعر بأنه بحاجة إلى مساعدة الآخرين مما ينعكس على شعوره بعدم الفاعلية وعدم الكفاية والعجز في المواجهة.

وهذا المعنى أشارت إليه ماكوبي (Macoby 1988) حيث أشارت إلى أن العلاقة التي تتسم بالثقة والحب والإحترام والتقدير تجعل الأبناء يشعرون بقيمتهم الذاتية فإذا إقترن الشعور بالقيمة الذاتية بالديمقراطية في المعاملة وإحترام الوالدين لأبنائهم وإحترام آرائهم وسلوكهم في إتخاذ القرارات وإعطائهم الفرصة لإستكشاف البيئة المحيطة بهم وتركهم يجدون حلولا للمشكلات بأنفسهم وبالتالي سيتسم سلوك الأبناء بالمبادأة والنشاط والدافعية والقدرة على إتخاذ القرارات معتقدين أن الذي يحدد النجاح والفشل هو العمل والجهد ". (مخيمر، 1996، 292)

من هنا نستخلص أن شعور الأبناء بالحب أي إعتقادهم بأنهم مقبولين وإذا إقترن هذا بإعطائهم قدرا من الحرية في إتخاذ القرارات، فإن هذا يجعلهم أكثر التزاما إتجاه ذواتهم وأهدافهم والآخرين (بعد الإلتزام) وأكثر ثقة وقدرة على تحمل المسؤولية وإتخاذ القرارات وأكثر قدرة على المثابرة والتحدي (بعد التحدي)، وأكثر إعتقادا بأنهم يستطيعون التأثير بإيجابية في الأحداث التي تلم بهم (بعد الضبط أو التحكم)، مما يجعلهم يعتقدون أن المشكلات أو الأزمات أو الضغوط التي يواجهونها ليست تهديدا لهم بقدر ما هي إلا إختبار لمدى صلابتهم النفسية وقدرتهم على التحدي، وهذه الأبعاد تمثل أبعاد الصلابة النفسية.

3- أبعاد (مكونات) الصلابة النفسية:

لقد حددت كوبازا وزملائها (Kobassa &a1982l) أبعاد الصلابة النفسية في ثلاث مكونات أساسية هي:

1- الإلتزام: Engagement: هونوع من التعاقد النفسي الذي يلتزم به الفرد إتجاه نفسه والآخرين لتحقيق ما يريده. (مخيمر، 2002، 6)

ويعني الإلتزام الرغبة في العمل بهمة ونشاط كبيرين والإحساس المرتفع بأهمية وجدوى وقيمة الأنشطة التي يقوم بها الفرد. فالإلتزام كما وردت في لسان العرب يعني الإعتناق، أي اعتناق فكر معين والدوام عليه.(تفاحة، 2002، 264)

" والإلتزام كخاصية يتكون من مجموعة أبعاد حيث يشير التراث السيكولوجي إلى أن الخصائص العامة المكونة لبعد الإلتزام الشخصي تشمل كل من الإحساس بالمسؤولية، النمو الشخصي، المشاركة الإجتماعية، الإنتساب، الإيثار، التغلب على الضغوط ومقاومتها، السعي الدائم لتحقيق الأهداف والإصرار عليها، حيث يرى لازاروس ونوفاك (Novack & Lazarus1990)، أن الإلتزام الشخصي يعني مدى رغبة الفرد في الأداء والإنجاز والسعي والإصرار لتحقيق ما يريد". (غريب، 1990، 176- 178)

وفي الأخير يعتبر مكون الإلتزام من أكثر مكونات الصلابة النفسية إرتباطا بالدور الوقائي للصلابة بوصفها مصدرا لمقاومة مثيرات المشقة، وقد

أشار(جونسون وساراسون 1978) إلى هذه النتيجة حيث تبين لهم أن غياب هذا المكون يرتبط بالكشف عن الإصابة ببعض الإضطرابات النفسية كالقلق والإكتئاب، كما أشار (هينيك)إلى أهمية هذا المكون لدى من يمارسون مهن شاقة كالمحاماة والتمريض وطب الأسنان...الخ.

2- التحكم أو الضبط Controle: وتعكس الإعتقاد بأن الفرد ليس عاجزا أو فاقد العون ولكنه يمكن أن يؤثر في كثير من الأحداث وله القدرة على التحكم في الظروف الشخصية.(عبد المعطي، 1992، 288)

ويشير بعض الباحثين إلى التحكم بمصطلح السيطرة أو الإقتدار، بإعتبار أن السيطرة هي شعور الفرد بقدرته على التأثير في بيئته أو التعامل مع متطلبات الظروف الضاغطة بطريقة ناجحة، وينطوي التحكم على الآتي: القدرة على إتخاذ القرارات، القدرة على تفسير الأحداث الضاغطة وتقديرها تقديرا إيجابيا، القدرة على المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز والتحدي .(عشماوي، 2001، 49)

ويتضمن التحكم أربع صور رئيسية هي :

1- القدرة على إتخاذ القرارات والإختيار بين بدائل متعددة.
2- التحكم المعرفي وإستخدام العمليات المعرفية للتحكم في الحدث الضاغط.
3- التحكم السلوكي وهو القدرة على المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للانجاز والتحدي.
4- التحكم الإسترجاعي ويرتبط التحكم الإسترجاعي بمعتقدات الفرد وإتجاهاته السابقة عن الموقف وطبيعته فيؤدي إسترجاع الفرد لمثل هذه الإعتقادات إلى تكوين إنطباع محدد عن الموقف بأنه ذو معنى وقابل للسيطرة عليه، وبمعنى آخر نظرة الشخص للحدث الضاغط ومحاولة إيجاد معنى له في حياته مما قد يؤدي لتخفيف أثر الضغوط .(الرفاعي، 2008، 31)

3- التحدي Defi: معناه إعتقاد الفرد بأن التغير في الأحداث شيء عادي مثله مثل ثباتها.(Delmas& al ,2001, 13).

كما يشير إلى إعتقاد الفرد بأن ما يطرأ من تغير في مختلف جوانب حياته هو أمر مثير وضروري للإرتقاء والتقدم أكثر من كونه تهديدا له مما يساعده على المبادأة وإستكشاف مختلف جوانب البيئة، وتحديد المصادر النفسية والإجتماعية اللازمة له لمواجهة المشقة بفاعلية. (عشماوي، 2004، 49)

وهذه الخصائص من شأنها المحافظة على سلامة الأداء النفسي للفرد رغم التعرض لأحداث سلبية ضاغطة. (مخيمر، 2002، 6)

والتحدي يترجم من خلال الحماس بعد الأحداث التي تتضمن تغيرا أو بعد النمو الشخصي، فالتحدي يحمل الفضول وحب الإستطلاع والمرونة التكيفية من خلال توقع إنجازات ذات قيمة وفائدة، والتحدي يماثل الحذر ولكنه كذلك يقابل الأمن والإستقرار. (Pronosot,2007, 3)

أو هو الرغبة في تقبل الخبرات الجديدة وغير المتنبأ بها والإستمتاع بها، وأن يرى الفرد أن فرص التغير أكثر من الفقدان أو يشعر بحب الإستطلاع والإهتمام .(عبد المعطي، 1992، 288)

كما يعرف توماكا وآخرون (1996)التحدي بأنه " تلك الإستجابات المنظمة التي تنشأ كرد على المتطلبات البيئية، وهذه الإستجابات تكون ذات طبيعة معرفية أو فسيولوجية أو سلوكية وقد تجتمع معا وتوصف بأنها إستجابات فعالة " .

ومما سبق يتضح أن التحدي يتمثل في قدرة الفرد على التكيف مع مواقف الحياة الجديدة وتقبلها بكل ما فيها من مستجدات سارة أو ضارة، بإعتبارها أمور طبيعية لا بدمن حدوثها لنموه وإرتقائه، مع قدرته على مواجهة المشكلات بفاعلية ،وهذه الخاصية تساعد الفرد على التكيف السريع في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة المؤلمة، وتخلق مشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة (راضي، 2003، 30)

4- النماذج النظرية المفسرة للصلابة النفسية:

أولا- نظرية كوبازا والدراسات المنبثقة عنها (1983):

لقد قدمت كوبازا نظرية رائدة في مجال الوقاية من الإصابة بالإضطرابات النفسية والجسمية وتناولت خلالها العلاقة بين الصلابة النفسية بوصفها مفهوما حديثا في هذا المجال وإحتمالات الإصابة بالأمراض. وأعتمدت في صياغة النظرية على عدد من الأسس النظرية والتجريبية، تمثلت **الأسس النظرية** في آراء بعض العلماء أمثال فرانكل، ماسلو، روجرز، والتي أشارت إلى أن وجود هدف للفرد أو معنى لحياته الصعبة يعتمد بالدرجة الأولى على قدرته على إستغلال إمكانياته الشخصية والإجتماعية بصورة جيدة.

كما يعد نموذج لازاروس (1961) من أهم النماذج التي إعتمدت عليها هذه النظرية، حيث نوقشت الصلابة من خلال إرتباطها بعوامل حددت في - البيئة الداخلية للفرد- الأسلوب الإدراكي المعرفي – الشعور بالتهديد والإحباط، حيث ذكر لازاروس أن الإحساس بالتهديد يحددها في المقام الأول إدراك الفرد للموقف وإعتباره ضغطا قابلا للتعايش (تقييم أولي)، وتقييم الفرد لقدراته الخاصة وتحديد لمدى كفاءتها في تناول المواقف الصعبة (التقييم الثانوي).

فتقييم الفرد لقدراته على نحو سلبي والجزم بضعفها وعدم ملاءمتها للتعامل مع المواقف الصعبة أمر يشعر بالتهديد، وهوما يعني عند لازاروس توقع حدوث الضرر سواءا النفسي أو البدني، ويؤدي الشعور بالتهديد إلى الشعور بالإحباط متضمنا الشعور بالخطر أو الضرر الذي يقرر الفرد وقوعه بالفعل.

أما الأساس التجريبي لصياغة النظرية فقد إستطاعت كوبازا من خلال إعتمادها على نتائج دراساتها والتي إستهدفت الكشف عن المتغيرات النفسية والإجتماعية والتي من شأنها مساعدة الفرد على الإحتفاظ بصحته النفسية والجسدية رغم تعرضه للمشقة، كما إستهدفت معرفة دور هذه المتغيرات في إدراك الضغوط والإصابة بالأمراض وذلك على عينات مختلفة من شاغلي المناصب الإدارية المتوسطة والعليا ومن المحامين ورجال الأعمال، مماجعلها تنتهي إلى عدد من النتائج

ساعدها في صياغة الأسس التي إعتمدتها في وضع نظريتها ومن أمثلة هذه النتائج ما يلي: الكشف عن مصدر إيجابي جديد في مجال الوقاية من الإصابة بالإضطرابات النفسية على الرغم من تعرضهم للضغوط الشاقة وذلك مقارنة بالأفراد الأقل صلابة .

وطرحت كوبازا (1983) إفتراضها الأساسي لنظريتها والقائل بأن" التعرض للأحداث الحياتية الشاقة يعد أمر ضروري، بل إنه حتمي لإرتقاء الفرد ونضجه الإنفعالي والإجتماعي، وأن المصادر النفسية والإجتماعية الخاصة بكل فرد قد تقوى وتزيد عند التعرض لهذه الأحداث ومن أبرز هذه المصادر الصلابة النفسية ". (راضي، 2003، 35- 36)

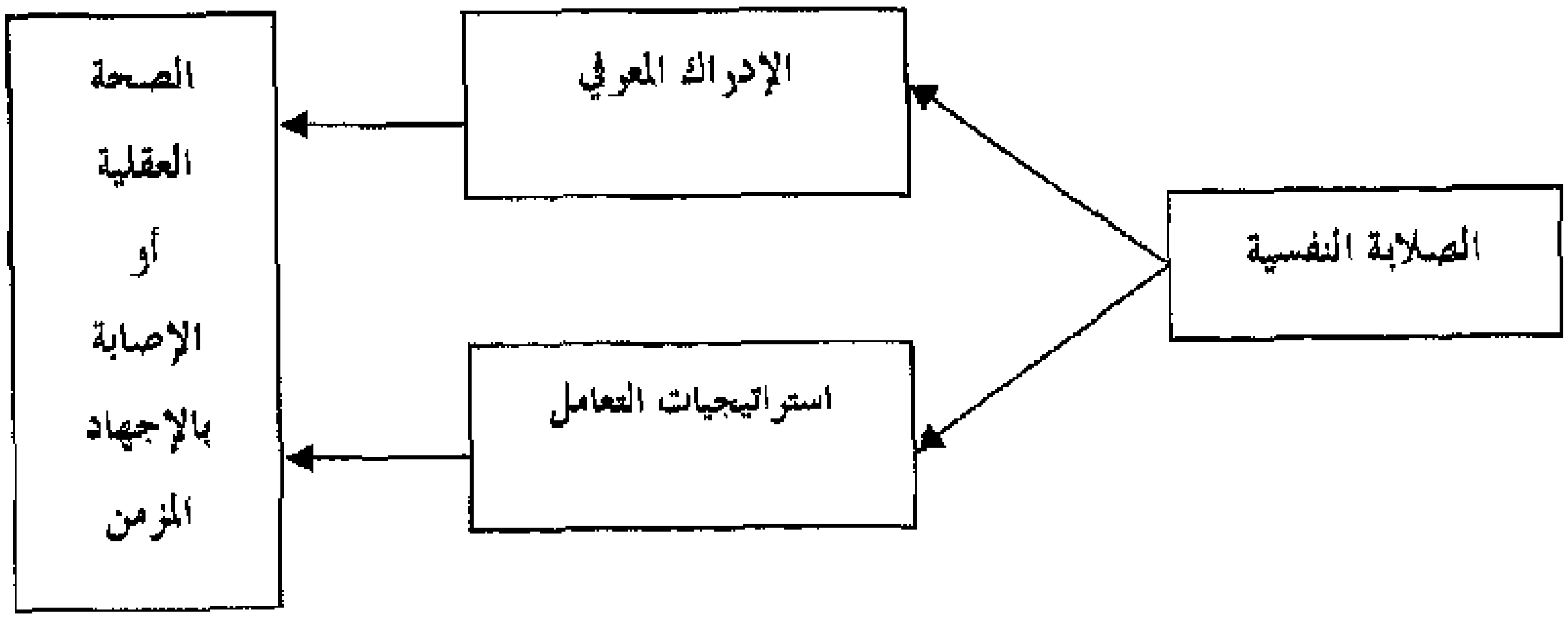
وقد فسرت كوبازا الإرتباط بين الصلابة والوقاية من الأمراض من خلال تحديدها للخصال المميزة للأفراد مرتفعي الصلابة ومن خلال توضيحها للأدوار الفعالة التي يؤديها هذا المفهوم للتقليل من آثار التعرض للأحداث الضاغطة.

ثانيا- نموذج فنك (Funk1995) المعدل لنظرية كوبازا:

لقد ظهر حديثا في مجال الوقاية من الإصابة بالإضطرابات أحد النماذج الذي أعاد النظر في نظرية كوبازا وحاول تعديلها، وهذا النموذج قدمه فنك(1992) من خلال دراساته التي أجراها بهدف بحث العلاقة بين الصلابة النفسية والإدراك المعرفي والتعامل الفعال من ناحية والصحة العقلية من ناحية أخرى، وذلك على عينة قوامها 167 جنديا إسرائيليا، وأعتمد الباحث على المواقف الشاقة الواقعية في تحديده لدور الصلابة، وقام بدراسة المتغيرات السابقة قبل الفترة التدريبية التي أعطاها للمشاركين والتي بلغت ستة أشهروبعد إنتهائها وقد توصل إلى ما يلي:

- إرتباط مكون الإلتزام والتحكم بالصحة العقلية الجيدة، فارتبط الإلتزام إيجابيا مع الصحة العقلية من خلال خفض الشعور بالتهديد وإستخدام إستراتيجيات التعامل الفعال خاصة، ضبط الإنفعال، وأرتبط التحكم إيجابيا بالصحة العقلية من خلال إدراك الموقف بأنه أقل مشقة وإستخدام إستراتيجية حل المشكل للتعامل مع الضغوط.

وفي دراسة تالية لـ فنك (1995) لها نفس أهداف الدراسة الأولى، ولكن إستخدم فترة تدريبية عنيفة ولمدة أربعة أشهر تم خلالها تنفيذ المشاركين للأوامر المطلوبة منهم حتى وإن تعارضت مع ميولهم وإستعداداتهم الشخصية وذلك بصفة متواصلة، وبقياس الصلابة وكيفية الإدراك المعرفي للأحداث الشاقة وطرق التعامل قبل فترة التدريب وبعدها، تم التوصل لنفس نتائج الدراسة الأولى، فطرح (فنك) نموذجه ويوضحه الشكل الآتي:



شكل رقم (07) يمثل نموذج فنك المعدل لنظرية كوبازا للتعامل مع الضغوط وكيفية مواجهتها.
(المرجع، راضي، 2003، 38)

ثالثا-النموذج النظري لمادي وكوبازا (1984) والذي دققه سلفادور مادي (S. Maddi 1999):

وينص على أن" تراكم الأحداث الضاغطة يسبب إرتفاع التوتر Tension والذي يمكن أن يظهر لدى الفرد في شكل ردود فعل تتمثل في زيادة التعرق، سرعة التهيج والحساسية والقلق، هذه الإستجابات (ردود فعل) تعكس حالة إستنفاروتأهب الكائن الحي، وإستمرار هذه الحالة يمكن أن يخلق أو يسبب ظهور أعراض مرضية في شكل أعراض جسدية أو عقلية". (Kobassa ,Maddi, 1984,170)

هذه المتغيرات الثلاث:

1- الأحداث الضاغطة.

2- التوتر.

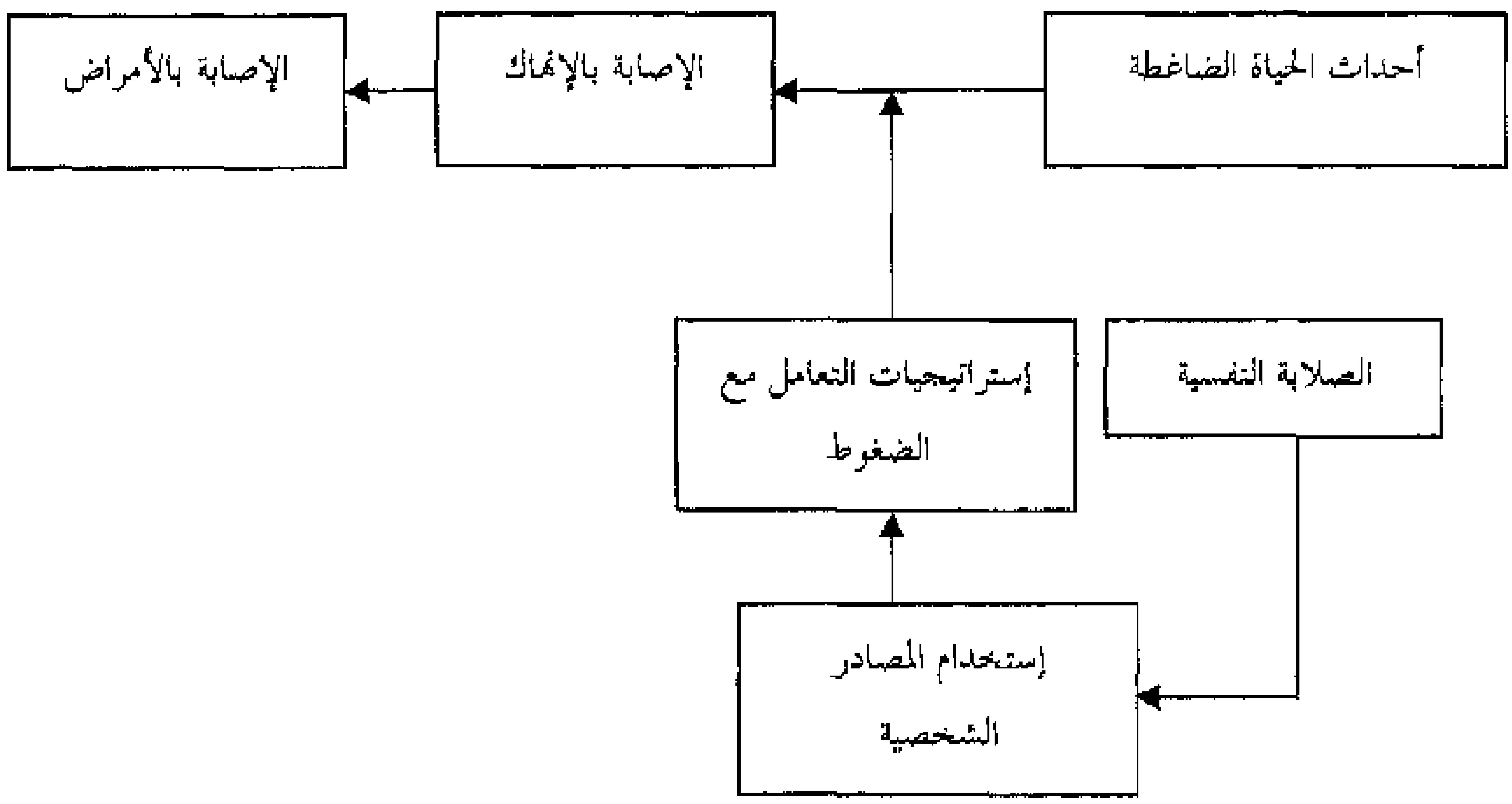
3- الأعراض المرضية.

تنشئ علاقة أساسية أو رئيسية والتي من خلالها وصف الباحثان خاصية للشخصية أطلقوا عليها الصلابة (Hardiness) والتي تبدو من جهة كمتغير وسيط في هذه العلاقة ومن جهة أخرى كإحدى المصادر المهمة والمؤثرة من أجل مواجهة الضواغط.

ومن هنا فالصلابة تسمح بتخفيف التهديد الكامن في هذه الضواغط التي تنتج توترا أو ضغطا لدى الفرد، وتجعله يغير من إدراكاته بسبب التقييم الإيجابي للموقف، فالفرد الصلب يستخدم إستراتيجيات مواجهة إيجابية.

إذن من خلال هذا النموذج النظري فإن الصلابة تظهر كمصدر للمواجهة، فالفرد الصلب يخفف التوتر الناتج (الناشئ) عن الضواغط ويحافظ على صحته باستخدام إستراتيجيات للتعامل فعالة، رغم ظروف الحياة شديدة التطلب والوطأة. (Delmas & al,2004, 13, 14)

والشكل التالي يوضح العلاقة بين هذه المكونات.



شكل رقم(08) يوضح التأثيرات المباشرة للصلابة النفسية

المرجع: (Kobassa, Puccetti,1983,216)

5- خصائص الأفراد مرتفعي ومنخفضي الصلابة النفسية:

على الرغم من قلة الدراسات التي تناولت الصلابة النفسية، إلا أن الحقيقة التي توصلت إليها بعض الدراسات أن العديد من الفروض حول الصلابة قد تحققت تجريبيا وخلاصتها أن الأفراد الذين يميلون بطبيعتهم إلى الصمود والمقاومة وعدم الهروب من مواجهة الضغوط، مع قدرة عالية على الضبط الداخلي وقدرة على القيادة والمبادأة بل والتفكير في أكثر من حل للمشكلة الواحدة، كل ذلك يخفف من حدة وقع الضغوط على الفرد، ولذا فالأفراد الأكثر صلابة هم أكثر صحة نفسية، بل وقدرة على مواجهة مشاق الحياة . (غانم، 2008، 55)

ويرى (Robest Feldman) أن الفرد ذو الشخصية الصلبة يتعامل بصورة جادة وفعالة مع الضغوط، كما يميل إلى التفاؤل والتعامل المباشر مع مصادر الضغوط، لذلك فإنه يستطيع تحويل المواقف الضاغطة إلى مواقف أقل تهديدا، وعليه فإنه يكون أقل عرضة للآثار والنتائج السلبية المرتبطة بالضغوط.(تفاحة وحسيب، 2002، 265)

وللتعرف على خصائص الشخصية المقاومة للضغط إفترضت كوبازا (1979) وجود نمط للشخصية يعرف بنمط الشخصية شديدة الإحتمال (Hardy personality style) وهو الذي يشجع على التكيف البناء مع الأحداث الضاغطة. فالأشخاص شديدو الإحتمال ميالون إلى حب الإستطلاع والإستكشاف، ويجدون تجاربهم في الحياة ممتعة وذات معنى، وهم ينظرون إلى التغير في ظروف أحداث الحياة كمثير مهم للنمو والتطور، وهذه النظرة كانت ذات مغزى مفيد للتكيف مع الأحداث الضاغطة، ولذلك فهم يرون أن التغير طبيعي وذو معنى ومنفعة رغم ما يكتنفه من أسباب التوتر والضغط، وأكثر من ذلك فالأفراد شديدو الإحتمال يحاولون معرفة المزيد من التغيرات لتشكيلها في خطة حياة مستقبلية وليتعلموا من حدوثها كل ما هو مفيد للمستقبل وبهذا يحولون الأحداث المسببة للضغط إلى أحداث أقل توترا وضغطا. (عبد المعطي، 1992، 199)

وترى (Anne Marie) بأن الأشخاص شديدو الاحتمال يشعرون بأن لهم القدرة أو بإمكانهم التأثير على المشكلات والتحكم في المواقف، ويلتزمون في أعمالهم ويعيشون الأحداث وكأنها فرصة مناسبة للنمو الشخصي، كما يستخدمون إستراتيجيات تكيف نشطة ويبحثون عن المساعدة الإجتماعية من الأشخاص، كما يفضلون إستخدام إستراتيجيات حل المشكلات.

ولقد ركزت (كوبازا) في دراستها حول الصلابة على الإداريين في المراكز التنفيذية الذين نجحوا في مقاومة الأزمات الصحية على الرغم من وجود التأثيرات السلبية للضغوط عليهم، فقد بينت هذه الدراسات أن هناك ثلاث سمات ميزت الذين يتمتعون بالصلابة النفسية وهي إعتقاد قوي بما يقومون به وغياب شعور الإغتراب أثناء تأدية المهام المطلوبة منهم، كما يتميزون بدرجة عالية من التحدي للقيام بمهامهم من منطلق الإعتقاد بأن التغير حقيقة ينبغي التعامل معه وإستثماره للنمو الشخصي، كما أنهم يتميزون بدرجة عالية من التحكم في أمورهم الوظيفية والحياتية مع إدراك شخصي لقدرتهم على التحكم في مسرات ومضرات الحياة، وبينت نتائج هذه الدراسات بأنها السمة الرسمية عند هؤلاء .(عسكر، 2003، 256)

وأستنتجت (كوبازا) من خلال دراستها (1979) والتي إستهدفت معرفة المتغيرات النفسية التي من شأنها مساعدة الفرد على الإحتفاظ بصحته الجسمية والنفسية رغم تعرضه للضغوط وذلك على عينة من الذكور (ن=760) تتراوح أعمارهم بين 40 – 49 عام وأشارت النتائج إلى أن الأشخاص الأكثر صلابة هم أكثر صمودا ومقاومة وإنجازا وضبطا داخليا وقيادة وإقتدارا ومبادأة ونشاطا وواقعية وطموحا عن الأشخاص الأقل صلابة فهم أكثر مرضا وعجزا وأعلى في الضبط الخارجي، مما يؤكد صحة فروض نظريتها التي أشارت فيها إلى أن الصلابة النفسية ومكوناتها تعمل كمتغير سيكولوجي يخفف من وقع الأحداث على الصحة النفسية والجسمية للفرد، فالأشخاص الأكثر صلابة يتعرضون للضغوط ولا يمرضون. (مخيمر، 1997، 129)

والشخصية الصلبة تتصف بالقدرة على التعامل الجيد مع الضغوط النفسية، وعن أساليب التعامل مع الضغوط في إرتباطها بالصلابة النفسية، وجد الباحثون أن الأفرادمرتفعي الصلابة النفسية يستخدمون الأساليب الإيجابية في التعامل بينما يستخدم الأفراد منخفضي الصلابة الأساليب السلبية في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة. (تفاحة وحسيب، 2002، 258)

ويشير الباحثون كذلك بأن الأفراد شديدي الصلابة لهم نزعة للتوافق مع الضغط من خلال إمتلاك القرار وتحويل المواقف الضاغطة إلى مواقف أقل ضغطا أكثر من اللجوء إلى التجنب والإنكار. (Boudarn 2005)

كما أن الأفراد مرتفعي الصلابة هم الذين يعتقدون بقدرتهم في التأثير أو التحكم (Maitriser) في الصعوبات أو المشكلات عوض الشعور بالإنهاك (بعد التحكم والسيطرة)، كما يواجهون مختلف الأحداث كما لوأنها فرص إغناء ونمو شخصي أكثر من كونها أحداثا تتجاوز إمكاناتهم (بعد التحدي)، وكذلك يلتزمون بما يعملون لشعورهم بأهمية وجدوى وقيمة الأنشطة التي يقومون بها عوض الشعور بعدم الإلتزام (بعد الإلتزام).

وعلى النقيض فإن الأشخاص الأقل تحملا يجدون أن الحياة ليس لها معنى، مهددة، مشحونة بالمواقف الضاغطة، مملة، وهذا ما يشعرهم بالعجز في مواجهة القوى الضاغطة ويعتقدون أن الحياة أفضل عندما تكون ثابتة لا تنطوي على تغيرات أو أحداث ضاغطة، ولذلك لا توجد لديهم قناعة حقيقية بأن النمو والتطور ممكن أو مهم ولذا فهم سلبيون في تعاملهم مع البيئة، وعندما تقع لهم أحداث مسببة للتوتر يكون لديهم تقييم معرفي متشائم، والذي من خلاله لا يستطيعون مواجهة الحدث الضاغط بفاعلية ولذلك يكون هذا الأخير قادر على ترك أثر واضح على الصحة لأن شخصيات هؤلاء الأفراد تكون غير قادرة على تخفيف الصدمة كليا أو تخفيفها بدرجة ضئيلة. (عبد المعطي، 1992، 276، 277).

كما ترى (Pronsot)" بأن الأشخاص منخفضي الصلابة يعيشون شعورا قويا بالإنهاك (Impuissance)، كما لهم القابلية للتأثر بالمواقف الضاغطة

ومصادرها، وهؤلاء يتحملون الضغوط النفسية والإجتماعية بدرجة أقل مقارنة بالأفراد مرتفعي الصلابة، وهؤلاء الأفراد يطورون أكثر إستراتيجيات مواجهة الضغط (الدفاعية) كالعزل، والإنكار والرفض، كما يشعرون بالإنهاك الإنفعالي وفي النهاية يصابون تدريجيا بالإنهاك أو ما يسمى بالإحتراق النفسي .والعديد من الأبحاث أوضحت العلاقة أو الإرتباطات الدالة بين الصلابة والإنهاك المهني مثل الذي وضعه ماسلاش (Maslach)، فنقص الصلابة النفسية للممرضات إرتبط إيجابيا بالإنهاك المهني (Bigbee1985 Keane & al 19841985 Mill & Smith & Tropf 1989) . (Pronost,2007, 4)

يتضح مما سبق أن الصلابة النفسية تنشئ جدار صد ودفاع نفسي للفرد يعينه على التكيف البناء مع أحداث الحياة الضاغطة والمؤلمة وتخلق نمطا من الشخصية شديدة الإحتمال تستطيع أن تقاوم الضغوط وتخفف من أثارها السلبية ليصل إلى مرحلة التوافق، وينظر إلى الحاضر والمستقبل بنظرة ملؤها الأمل والتفاؤل وتخلو حياته من القلق والإكتئاب.

6- الفروق بين الجنسين في الصلابة النفسية:

تشير العديد من الدراسات أن الصلابة النفسية كخاصية نفسية تختلف بين الذكور والإناث وهذه الفروق حسب العديد منهم تعود إلى أساليب التنشئة الإجتماعية وطرق التفاعل بين الآباء والأبناء حيث أننا إذا نظرنا إلى أساليب التنشئة المتبعة مع الذكور والإناث سنجد أنها تدعم إستقلالية الطفل عن طريق فرض القليل من القيود عليه وتشجيعه على الإستطلاع وإستكشاف البيئة الخارجية كمما يجعله أكثر كفاية وثقة بالنفس وصلابة نفسية، بينما فرض الكثير من القيود على الأنثى يجعلها أقل قدرة على اتخاذ القرارات وأكثر اعتمادية مما يجعله تشعر أنها بحاجة إلى مساندة الآخرين في اتخاذ قراراتها (مخيمر، 1997، 121)

ففي دراسة للباحث عماد مخيمر (1996) بعنوان القبول والرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى طلاب الجامعة توصلت إلى أن هناك فروق ذات دلالة

إحصائية بين متوسط الذكور والإناث في الصلابة النفسية لصالح الذكور بمعنى أن الذكور أكثر صلابة نفسية من الإناث خاصة لإدراكهم للتحدي والتحكم (مخيمر، 1996، 284- 285)

وفي نفس الإطار توصل حمادة وعبد اللطيف (2002) في دراسة لبحث العلاقة بين الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب جامعة الكويت حيث تكونت عينة الدراسة من 282 طالبا بواقع 70 من الذكور و212 من الإناث وكشفت النتائج وجود إرتباط بين الصلابة والرغبة في التحكم ووجود فروق بين الجنسين على مقياس الصلابة النفسية لصالح الذكور . (حجازي وأبو غالي، 2002، 229- 232)

كما توصل حجازي وأبو غالي في نفس السياق في دراستهما حول مشكلات الشيخوخة وعلاقتها بالصلابة النفسية أن الذكورأكثر صلابة نفسية، حيث وجد الباحثان فروقا ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس في الدرجة الكلية لمقياس الصلابة وكذا متغيري التحكم والتحدي للذكور، من هنا نخلص أنه حسب الدراسات السابقة فإن الذكور يسجلون درجات مرتفعة على مقياس الصلابة النفسية مقارنة بالإناث .

7- الصلابة النفسية كمتغير واقي من الضغوط النفسية:

تذكر كوبازا (Kobassa1982) أن تعرض الإنسان للضغوط أمر حتمي لا مفر منه، فواقع الحياة محفوف بالعقبات والمخاطر وأشكال الفشل والنكبات والظروف غير المواتية، ونحن لا نستطيع تجنب الفشل أو الإحباط أو الشعور بالوحدة أو الإغتراب، كما لا يمكننا تجنب متطلبات التغير في النمو الشخصي في أي مرحلة من مراحل حياتنا، أي لا حياة بدون ضغوط ولذلك أصبح من الضروري على الإنسان أن يعايش هذه الظروف بكل عزم وثقة للتغلب عليها، وهذا يحتاج إلى الكثير من الخصائص النفسية كفاعلية الذات والصلابة النفسية، وتقدير الذات المرتفع، والضبط الداخلي العالي ...الخ.

وفي هذا الصدد تشير كوبازا ومادي (1984) أن الصلابة النفسية كمصدر نفسي واقي لا يختلف عن المساندة الإجتماعية والتكوين الجسمي وعادات الحياة الصحية والتي تعمل على حماية الأفراد ضد الآثار السلبية للضغط، وأيضا فالفرد الذي يحظى بهذه المصادر وما تمارسه من تأثيرات مخففة تزداد وتنمو أثناء فترات الضغط، أضف إلى ذلك ما تتركه من أثار إيجابية على الصحة.

وقد قدمت (كوبازا)عدة تفسيرات توضح السبب الذي يجعل الصلابة النفسية تخفف من حدة الضغوط التي تواجه الفرد حيث ترى أن الأحداث الضاغطة تقود إلى سلسلة من ردود الفعل التي تؤدي إلى إستثارة الجهاز العصبي الذاتي، والضغط المزمن يؤدي فيما بعد إلى الإنهاك وما يصاحبه من أمراض جسدية وإضطرابات نفسية، وهنا يأتي دور الصلابة النفسية في تعديل العملية الدائرية والتي تبدأ بالضغط وتنتهي بالإنهاك النفسي ويتم ذلك من خلال عدة طرق، فالصلابة تؤدي إلى:

أولا: تعديل إدراكات الفرد للأحداث وجعلها أقل وطأة.

ثانيا: تؤدي إلى أساليب مواجهة نشطة.

ثالثا: تؤثر على أسلوب المواجهة بطريقة غير مباشرة من خلال تأثيرها على الدعم الإجتماعي.

رابعا: تقود إلى التغيير في الممارسات الصحية مثل إتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة، وهذه بالطبع يقلل من الإصابة بالأمراض الجسمية. (حمادة وعبد اللطيف، 2002، 237، 236)

كما يدعمان بالمثل بأن الصلابة هو مصدر ذو أهمية مثل المصادر الأخرى فهي تساعد على التوافق النفسي وإتخاذ القرار كما لها القابلية بأن تحدث تأثيرا واقيا أكثر نجاحا من المصادر المعدلة (المخففة) الأخرى. (Kobassa ,1984, 171)

كما تعتبر كمركب مهم من مركبات الشخصية القاعدية التي تقي الإنسان من آثار الضغوط المختلفة، وتجعل الفرد أكثر مرونة وتفاؤلا وقابلية للتغلب على مشاكله، كما وتعمل كعامل حماية من الأمراض الجسدية والإضطرابات النفسية.

ويضيف الباحثان بأنها تعمل كمنطقة عازلة تخفف الآثار السلبية للضغوط ويؤكدان بأنه من يتصف بالصلابة النفسية يرى بأن هذه الضغوط تمثل عامل إثارة في حياتهم وليس مصدرا مساهما في زيادة الحمل. (عسكر، 2003، 156)

كما يؤكد باندورا (Bandora1985) أن معتقدات الناس حول فاعليتهم هي التي تحدد دافعيتهم، وهذا ينعكس على المجهدات التي يبذلونها، والمدة التي يصمدون فيها في مواجهة المشكلات، فإعتقاد الفرد بعدم فاعليته وعدم قدرته على التحكم في مجرى أحداث حياته يؤثر على كيفية إدراكه وتقييمه للحدث الضاغط وبالتالي تتدعم لديه مشاعر الفشل وفقدان الحيلة ومع الفشل المتكرر يكون العجز المتعلم والذي يعرف بأنه "إدراك الفرد أن أي مجهود يقوم به في مواجهة الأحداث الضاغطة هو مجهود عديم الجدوى والقيمة". (الهلول، 2006، 1164)، بهذا سيتسلم الفرد وتنهار قدراته على المقاومة مما يزيد من إحتمال إصابته بالأمراض النفسية والجسدية.

وفي نفس السياق توصلت دراسة فيليب دلماس وآخرون (Delmas 200 4) أن الصلابة النفسية تعتبر كعامل واقي للصحة لدى الممرضات في العمل، حيث أن الممرضات ذوات الصلابة المرتفعة يدركن الضغط أقل شدة ويستخدمن إستراتيجيات مواجهة إيجابية لمواجهة الضواغط، كما أنهن يدركن إيجابيا المساندة الإجتماعية المقدمة لهن مما جعلهن يسجلن مستويات منخفضة من الإنهاك المهني والكرب النفسي، كما عززت لديهن الوجود الأفضل (Bien ètre)، وجودة الحياة داخل العمل.(Delmas, 2004, 12)

مما سبق يتضح الدور الذي تلعبه الصلابة النفسية ليس فقط في جعل الأفراد قادرين على مقاومة الضغوط بل يمتد تأثيرها إلى تعزيز جوانب أخرى للشخصية حيث تتفاعل مع بعض مكونة زملة من الخصائص النفسية والإجتماعية التي تعزز قدرة الفرد على المواجهة، كما بينته دراسة رونالد وبلاتيني (Ronald & Blatiny 1984) أن الصلابة النفسية والمساندة الإجتماعية تعملان على تخفيف أثر الضغوط من خلال تفاعلهما مع بعضهما البعض حيث أن الأفراد

الـذين سـجلوا درجـات منخفـضة عـن مقيـاس ضـغوط الحيـاة يـصاحبها إرتفـاع علـى مقيـاس المسـاندة الإجتماعيـة والـصلابة وإنخفـاض في درجـات الإغـتراب ممـا يثبـت أن التفاعـل بـين هـذين العـاملين يعتبـر عـاملا واقيـا أو مخففـا لـضغوط الحيـاة. (الهلـول، 2006، 1165)

ويرى باحثون آخرون أنـه حتـى لـو قـام الأفـراد بتقييم وتقـدير الـضغوط بأنهـا تـشكل لهـم ضـغطا بالفعـل إلا أن سمـاتهم الشخـصية تظـل تعمـل كـواق مـن تـأثير الـضغوط عـن طريـق تـسهيل إختيـار أسـاليب المواجهـة التوافقيـة أو عـن طريـق كـف السلوك غير التـوافقي، فـالأفراد ذوو الـصلابة المرتفعـة يميلـون إلى إسـتخدام أسـلوب المواجهـة التحـويلي، وفيـه يقومـون بتغيير الأحـداث الـتي يمكـن أن تولـد ضـغوطا إلى فـرص نمو لذلك نجدهم يتوافقون مع الأحـداث الـضاغطة بطريقـة متفائلـة وفعالـة. في حـين يعتمـد الأفـراد ذوو الـصلابة المنخفـضة إلى أسـلوب المواجهـة التراجعـي أو الـذي يتـضمن نـكوصـا وفيـه يقومـون بالإبتعـاد أو تجنـب المواقـف الـتي يمكـن أن تولـد ضغطا.(الرفاعي، 2008، 53)

وفي دراسـة لموريسيات (Morisette 1993) حـول الإنهـاك النفسـي لـدى المرضـات أبـرزت النتـائج بـأن الممرضـات اللـواتي يتمـتعن بدرجـة جيـدة مـن الـصلابة وأكـثر مـن ذلـك يتمـتعن بدرجـة عاليـة مـن الإلتـزام سـجلن أعراضـا أقـل للإنهـاك النفسي. (Morisette, 1993)

كمـا أشـارت نتـائج دراسـة (Duquette 1990)وفي الـسياق نفسـه بـأن الممرضات اللواتي لديهن قدرة على الإلتزام داخل العمـل كـن أقـل تعرضـا للإنهـاك النفسي. (Duquette1999,07)

من خلال العرض السابق يتضح أهمية الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين الضغوط والإصابة بالأمراض النفسية والجسدية إذ تعمل كمنطقة عازلة أو منطقة حماية لكيان الفرد لتقيه من التعرض لمختلف أشكال سوء التوافق.

من خلال ما تم عرضه نخلص إلى نتائج مهمة وهي أن الصلابة النفسية تمثل إحدى الخـصائص النفـسية الواقيـة مـن الـضغوط إذ تعمـل كـواق مـن تـأثير الـضغوط

على صحة الفرد وتوافقه النفسي والإجتماعي وتساعده على إختيار الأساليب التوافقية للمواجهة، وحيث أن الأفراد مرتفعي الصلابة هم أفراد أكثر توافقا وصحة فإن الدراسات النفسية تؤكد أن الذين يتمتعون بدرجات عالية من الصلابة كانوا أقل إكتئابا وأقل مرضا...الخ

كما أنها تتدخل كخاصية وسيطية بين إدراك الضغوط النفسية والمواجهة الفعالة والناجحة، وكما أشرنا سلفا فهي تمثل عاملا من العوامل الشخصية الواقية من الضغوط، وسننتقل في العنصر الموالي للإشارة إلى عامل مهم من العوامل الواقية من الضغوط في بيئة الفرد والمتمثلة في المساندة الإجتماعية.

ثالثا - المساندة الإجتماعية:

على الرغم من أن المساندة الإجتماعية ظاهرة قديمة قدم الإنسان نفسه إلا أن الباحثين لم يهتموا بها إلا مؤخرا، بعدما لاحظوه من آثار مهمة لها في مواقف الإجهاد النفسي، و ما تقوم به من تخفيف لنتائج الضغوط و الشدائد، و تعد المساندة الإجتماعية مصدرا من مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان عندما يشعر أن هناك ما يهدده و أن ليس له القدرة على المواجهة و التحمل فهو يحتاج إلى عون أو مدد من الآخرين، و يشير دين و لين (Dean & Lin1977) إلى أن مفهوم المساندة الإجتماعية هو من أهم المفاهيم التي يجب دراستها لما لها من دور مؤثر و معدل للمشقة النفسية.

و لقد حظيت المساندة الإجتماعية بإهتمام الباحثين من خلال الجماعات التي ينتمي إليها الفرد كالأسرة و الأصدقاء و زملاء العمل، لذا نجد إختلافا في المفاهيم التي تشير إلى تلك العلاقات من قبيل الروابط الإجتماعية، الشبكات الإجتماعية، الإتصال الإجتماعي الهادف، العشرة الإجتماعية، و هي جميعها تركز على أهمية العلاقات و عناصر المساندة والأنظمة الإجتماعية التي ينتمي إليها الفرد. (شويخ، 2005، 83)

ونظـرا لأهميـة المساندة الإجتماعيـة في مجـال الـضغوط سـنحيط بـأهم الجوانب المتعلقة بها من خلال التعاريف المطروحة للمفهوم و النمـاذج المفسرة لـدورها وكذا أنواعها و مقوماتها، وكذا أهمية المساندة الإجتماعية في حياتنا النفسية.

1- الجذور التاريخية لتناول المساندة الإجتماعية:

توصـل البـاحثون في مجـال الـصحة و أخـصائيو الأوبئـة خـلال أواسـط السبعينيات إلى إكتشاف مفهوم المساندة الإجتماعية، أو مساندة(المحيط) من خلال الدراسات التي جمعت حول العلاقات السببية بين الضغط ونسبة الوفيات، ونسبة إنتشارالأمراض. (Cassel&1976Cobb1976)،فغياب الدعم الإجتماعي يفاقم صدمة الأحداث الحياتية على الجانب النفسي والجسدي، وبسبب ذلك يأخذ علماء الأوبئة هذا الغياب بالحسبان كعامل يعرض الفرد للخطر.

و قد عرف العقد الأخير من القرن الماضي إزدهار الأدبيات المتامية حول مفهوم المساندة الإجتماعية في علاقتها بعوامل الضغط المرتبط بالعمل، في المقابل فإن هـذا المفهـوم كـان قـد إكتمـل في ممارسـات علـم الـنفس الإكلنيكـي فالطريقـة العلاجية لروجرز(1962) قائمة على مبدأ الإحترام غير المشروط للعميل وبالأخص مسعى دعمه ومساندته، حيث أن إشعار الفرد بأنه محبوب وذو قيمة و أنه ينتمي إلى شبكة من العلاقات التي تمده بالمعلومات و الدعم و التقدير تجعله يحس بالرضا و بذلك يستطيع التغلب على مشكلاته.

أمـا لينـدمان(Lindeman1999) رائـد دراسـات عمليـات التوافـق لـدى المكتئبين بسبب الحداد، أكـد الـدور الأساسـي الـذي تلعبـه المساندة الإجتماعية لتخفيف و تلطيف هدا النوع من الأزمات. (Corneil,2004,53)

كمـا أن كـابلان(Caplan1964) رائـد الإتجـاه الطـبي العقلـي الوقـائي الجمعي قد أبرز كذلك دور الجماعات المجتمعية، وجماعات المساندة في وقاية الفرد مـن الإصـابة بالإضطرابات العقليـة، حيـث تحـدث عـن أنظمـة المـساندة ودورهـا في الـصحة، ويـرى أنهـا تتضمن نمطـا مـستديما مـن العلاقـات المتصلة أو المتقطعة الـتي

تلعب دورا هاما على المحافظة على وحدة النفس والجسم للفرد عبر حياته، وفي رأيه فإن الشبكة الإجتماعية للفرد تزوده بالإمدادات الإجتماعية والنفسية وذلك للمحافظة على صحته العقلية والنفسية .(الشناوي، 1994، 03)

أما كاسل(Cassel1976) قام بتكييف مفهوم المساندة الإجتماعية و إستخدمه في ميدان الصحة العامة ليشرح الإختلافات الملاحظة في طبيعة الأمراض المرتبطة بالضغط، فيقول" إن فكرة المساندة الإجتماعية كمتغير وسيط في ظهور المرض هي فكرة منطقية، لأن الأفراد مثل الحيوانات تتعرض للضغط و تظهر معاناة أقل عندما تتواجد بصحبة المقربين(الأقارب والأصدقاء) أكثر من الأفراد المنعزلين، إذ تلعب المساندة دور المصد (الحاجز) في مواجهة الضغوط، فلقد بينت الأبحاث المخبرية تأثير الدعم والمساندة ضد ردود الفعل للإجهاد النفسي عند الحيوان الصغير تبعا لوجود الأم أو حيوانات متجانسة لها من نفس العمر، أما عند البالغ تبعا للرفاق المحتملين في المحيط. (Jourdan2000 ,175)

أما كوب(Cobb1976) فقد تناول المساندة الإجتماعية من مفهومها الواسع، مشيرا أن الحضور البسيط لفرد آخر لا يخلق المساندة الإجتماعية، و إنما المساندة تتمثل في التغيير الذي يحدثه وجود الآخرين في المعلومات التي تكون لدى الفرد الواقع تحت الضغط وهذا التغيير يحدث في ثلاثة جوانب وهي:

أ- المعلومات التي تجعل الفرد يعتقد أنه محبوب (مساندة إنفعالية).

ب- المعلومات التي تجعل الفرد يعتقد بأنه مقدر و بأنه مميز(مساندة التقدير).

ج- المعلومات التي تجعل الفرد يعتقد بأنه ينتمي إلى شبكة من الإتصالات المتبادلة. (Corneil,2004 54)

في حين يرجع بعض الباحثين جذور المساندة الإجتماعية إلى علماء الإجتماع حيث تناولوا هذا المفهوم في إطار إهتماماتهم بالعلاقات الإجتماعية عندما قدموا مفهوم شبكة العلاقات الإجتماعية و الذي يعتبر في رأيهم البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الإجتماعية.(الشناوي وعبد الرحمن، 1994، 03)

2- تعريف المساندة الإجتماعية:

تعتبر المساندة الإجتماعية من المفاهيم التي يختلف الباحثون حول تعريفها وفقا لتوجهاتهم النظرية، فقد تناولها علماء الإجتماع في إطار تناولهم للعلاقات الإجتماعية حيث صاغوا مفهوم شبكة العلاقات الإجتماعية الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الإجتماعية، حيث يشير ليبرمان (Libreman1982)" أن المساندة مفهوم أضيق من مفهوم العلاقات الإجتماعية، حيث تعتمد في تقديرها على إدراك الفرد لشبكته الإجتماعية بإعتبارها الإطار الذي يشتمل على الأفراد الذين يثق فيهم و يستند على علاقاته بهم. (فايد، 1991، 338)

كما يطلق البعض عليها إسم الموارد أو الإمكانيات الإجتماعية ويطلق عليها البعض إسم الإمدادات الإجتماعية و سنحاول فيما يلي إيراد بعض التعاريف لمفهوم المساندة الإجتماعية.

1- لغويا: في القاموس المحيط ساند بمعنى عاضد و كاتف و كافأ على العمل(الفيروزبادي، فصل السين، باب الدال، ص 304). و تحمل المساندة الإجتماعية في طياتها معنى المعاضدة و المؤازرة و شد الأزر و التقوية و المساندة على مواجهة المواقف.

2- إصطلاحا: يطلق عليها ويس(Weiss1973) مفهوم الإمدادات الإجتماعية و يرى بأنها تتكون من علاقات إجتماعية مميزة تتمثل في المودة و الصداقة الحميمة و التكامل الإجتماعي و إحترام الفرد و تقديم المساعدة المادية و العاطفية له بحيث تكون صلة الفرد بالآخرين مبنية على الثقة و المساندة المتبادلتين. (الربيعة، 1997، 31)

أما كوب (Cobb1976) فيرى بأن المساندة هي الإنتماء المدرك لشبكة الإتصالات و العلاقات الإجتماعية. (دانيال، 2006، 263)

في حين يرى كابلان (Caplan1976) بأن المساندة الإجتماعية ما هي إلا إمداد مباشر من قبل المحيطين، يوجه الفرد نحو تحقيق أهداف مرغوبة، كما يرى

بأنها النظام الذي يتضمن مجموعة الروابط والتفاعلات الإجتماعية مع الآخرين تتسم بأنها طويلة المدى و يمكن الإعتماد عليها و الثقة بها وقت إحساس الفرد بالحاجة إليها لتمده بالسند العاطفي .(Shield,1999 39,)

في حين يذهب كوهن و آخرون(Cohen & al1979) إلى أن المساندة الإجتماعية هي المعلومات المقدمة من الآخرين المحيطين بالفرد و الذين يبادلونه المحبة و المودة و التقدير و يهتمون برعايته، و يعد الفرد جزء من شبكة العلاقات و الإتصالات الإجتماعية.

ويتفق معه هلر(Heler1979) في أن المساندة هي المعلومات و الإستجابات التي تؤدي بالفرد إلى تكوين إعتقاد بأن هناك من يهتم به و يساعده عند الحاجة، وتقدم هذه المعلومات من خلال الأزواج أو الأقارب أو الأصدقاء أو المؤسسات الإجتماعية أو النوادي.

وأما ساراسون و آخرون(Sarason & al1983) فيرى بأنها تعبر عن مدى وجود الآخرين أو الأشخاص الذين يمكن أن يثق فيهم الفرد بالإضافة إلى ما يقدمون له من موارد قبل و أثناء و بعد الأحداث المثيرة للمشقة. (فايد، 1991، 338)

كما يعرفها ليفي(Leavy) بأنها توافر أشخاص مقربين يتمثلون في أفراد الأسرة و مجموعة من الأصدقاء سواء الجيران أو العمل يتسمون بالمشاركة الوجدانية والدعم المعنوي. (Balkeu & Iglesices ,1999 199,)

في حين يرى سارافينو(Sarafino1994) أن المساندة الإجتماعية تتعلق بمدى إعتقاد الفرد بأن البيئة المحيطة به من أشخاص ومؤسسات ماهي إلا مصادر للدعم الفعال، فهي عملية تقويمية لمدى إدراك الفرد لعمق وكفاية علاقاته مع الآخرين فكلما أقر الفرد بعمق و كفاية هذه العلاقات إزداد الدور الفعال للمساندة الإجتماعية . (شويخ، 2005، 23)

كما يرى ليبور(Lpore1994) أن المساندة الإجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الإجتماعية للفرد التي يمكن إستخدامها في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالمساندة من خلال شبكة علاقاته

الإجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم إتصال إجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، و تضم شبكة العلاقات الإجتماعية في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، وليست كل شبكات العلاقات الإجتماعية مساندة، بل المساندة منها تميل إلى دعم صحة و رفاهية متلقي المساندة. (Seidah,2001, 15)

أما علي عبد السلام (1997) فيرى أنها المشاركة الفعالة للأسرة وبيئة العمل لتعزيز مواجهة الأفراد لأحداث الحياة الضاغطة والتكيف معها و شعورهم بالقيمة و إحترام الذات و التخفيف من هده الأحداث حتى لا يقعوا فريسة للإصابة بالإضطرابات النفسية.

و يعرفها أور و زملائه(Orr & al1995) بأنها التبادل غير المتماثل للموارد بين فردين على الأقل و هما المتلقي والشخص الذي يقدم المساندة وتتضمن تلك الموارد كون الشخص محبوبا و مقدرا وبالمثل إمتلاكه عددا كبيرا من الأصدقاء القادرين على تزويده بتلك الموارد التي ينظر إليها على أنها مؤشرا لوجود المساندة، وبالتالي يعد كل من حجم الشبكة الإجتماعية المتاحة للفرد و ما تتضمنه من تفاعلات مفاهيم أساسية للمساندة الإجتماعية. (Balkeu & Iglesices ,1999 50)

من خلال ما سبق يتضح أن هذا المفهوم يرد مع ثلاث مفاهيم مختلفة و هي الشبكة الإجتماعية، إدراك المساندة الإجتماعية، و تلقي المساندة الإجتماعية لذلك لابد من توضيح هذه المفاهيم .

1.الشبكة الإجتماعية:

وتعني عدد العلاقات الإجتماعية التي يكونها الفرد مع الآخرين، كما تشير إلى كثرة الإتصالات الإجتماعية الفعالة مع هؤلاء الأشخاص و كذا قوة هذه الإرتباطات. (Shweitzer 2002,128)

كما يصف هدا المفهوم درجة التكامل أو الترابط الإجتماعي للفرد أو إغترابه (العزلة الإجتماعية)، إذن فالشبكة الإجتماعية تشير إلى الشكل البنائي للمساندة.

إن حجم الشبكة الإجتماعية ترتبط بالصحة الجسدية و النفسية، فالعزلة الإجتماعية تعتبر عاملا من عوامل الخطر التي تزيد من نسبة إنتشار الأمراض و حتى الوفيات، من هنا لابد من توفر عامل واقي ضروري و المتمثل في علاقة حميمة دائمة للركون إليها أو الوثوق بأحد ما يكون ذو معنى للفرد (زوج، أهل، مرشد...) و هدا ما يمثل الشكل الوظيفي للمساندة الإجتماعية. (Trzepizur,2008,73)

2. تلقي المساندة الإجتماعية:

و تعني المساعدة الفعلية التي يتلقاها الفرد من محيطه و يمكن إعتبارها الجانب الوظيفي للمساندة لأنها تتعلق بنمط التفاعلات المعتمدة لمساعدة الآخرين وتتضمن المساندة الإنفعالية، مساندة التقدير، المساندة المعلوماتية، المساندة المادية ،وجل الأبحاث حول فاعلية هذه الأنماط من المساندة تشير إلى أن المساندة الإنفعالية تلعب دورا رئيسا ، فهي تسهم في خفض الضغط المدرك وحالة القلق. (Trzepizur , 2008,75)

و يرى كل من هوس (House) وكاهن (Kahen) بأنه مفهوم يشير إلى مجموعة من نماذج المساعدة مستمدة من مصادر شبكة العلاقات الإجتماعية التي ينتمي إليها الفرد و تتمثل في عدة أنماط(إنفعالية، أدائية، تقديرية، معرفية).و يرى هيلجسون(Helegeson) أن التلقي يمكن قياسه بالسؤال التالي:

"**هل تلقي الفرد بعض أفعال المساندة من الآخرين**". (علي، 17،2005)

3. إدراك المساعدة الإجتماعية:

يمكن تعريفه بأنه التأثير النفسي للمساعدة المستمدة من المحيطين.و يرى جوتليب (Gottlieb1985) أن إدراك المساندة يشير إلى الإحساس النفسي بالمساندة من الآخرين و الذي يؤدي إلى التعبير عن الحب و التقدير و الإنتماء إلى شبكة العلاقات الإجتماعية المحيطة بالفرد و التي يمكن الإعتماد عليها وقت الحاجة والثقة فيها، و تشير كاترونا و آخرون (Catruna&all 1986) إلى أن إدراك المساندة قائم على الإحساس النفسي بالمساندة و ناتج عن الشعور بالحب و التقدير. (علي، 2005، 17)

و يرى (هيلجسون) أن إدراك المساندة يمكن أن يقاس عن طريق سؤال الأفراد بالآتي: " **إلى أي مدى يعتقدون أن المساندة الإجتماعية متاحة لهم**".

ويشير بعض الباحثين أن إدراك المساندة يختلف عن الشبكة الإجتماعية وعن تلقي المساندة لأنه لا يشير إلى الخصائص الموضوعية للعلاقات الإجتماعية للفرد، و لكن للتفاعلات بين الفرد و محيطه الذي يدركه و هذا المعنى مركب و يمكن تقسيمه إلى أجزاء بسيطة و هي:

أ- **توافر المساندة:** و هي إدراك مدى وجود أشخاص في المحيط الإجتماعي للفرد لهم القابلية على منح المساعدة في حالة الحاجة إليها، كما تشير إلى أن بعض الأشخاص يستطيعون مساعدة الفرد على خفض تهديد المواقف الضاغطة.(Trzepizur,2008,77) و هي كذلك الشعور بأن المحيط الذي ننتمي إليه يمنح لنا المساندة. (Jolly,2001, 81)

ب- **الرضا عن المساندة:** هي شعور نفسي يرتبط بإدراك الفرد أن العلاقات البينشخصية للفرد الذي يمنح المساندة ذات نوعية أو جودة، أو هي التقدير بأن حاجاتنا و توقعاتنا قد أشبعت(81(Jolly, 2001 .

3- أنواع المساندة الإجتماعية ومقوماتها :

على الرغم من أن هناك تباين كبير في تصنيف فئات المساندة الإجتماعية من باحث إلى آخر و إختلافهم في تسمية هذه الفئات. نجد (كابلان) مثلا يطلق عليها إسم الإمدادات الإجتماعية ويميز بين خمسة أنواع لها و هي الإمداد الوجداني، الإمداد المعلوماتي، الإمداد الوسيلي، الإمداد التقريري، الإمداد الاجتماعي. (شويخ، 2005، 24)

ورغم أن الباحثين إختلفوا في المفاهيم المستخدمة في الإشارة إلى أنواع المساندة من قبيل المساندة الوجدانية، المساندة الأدائية، المعلوماتية، التقديرية، الإجتماعية...الخ. إلا أن كوهين و ويلز (Willes &Cohen1985) تحدثا عن أربع فئات للمساندة الإجتماعية و قد توصلا إلى ذلك من خلال مراجعتهما للدراسات والبحوث التي أجريت عن الأثر الواقي للمساندة على الضغط و هي كما يلي:

أ- **المساندة التقديرية:** يشار إلى هذا النوع بعدة مسميات منها المساندة النفسية أو المساندة التعبيرية و مساندة التنفيس، ومساندة تقدير الذات..الخ. (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، 40)

والمساندة التقديرية تمد الفرد بالعائد أو بالتعبيرات الإيجابية و المعلومات المناسبة بعملية التقييم الذاتي و هذا يعطيه الإحساس بالقيمة الشخصية و إحترام الذات، و يكون هذا الشكل من المساندة في شكل معلومات تساعد الفرد على تعميق إحساسه بأنه شخص مقدر ومقبول. (علي، 2005، 38)

ب- **المساندة بالمعلومات أوالمعلوماتية:** ويقصد بها تزويد الفرد بالنصيحة والإرشاد والمعلومات المناسبة للموقف بغرض مساعدته على فهمه أو مواجهة المشاكل الشخصية أو البيئية التي يتعرض لها. (شويخ، 2005، 86)

وهذا النوع من المساندة يظهر في إمداد المتلقي بالمعلومات التي تفيده في حل مشكلة صعبة يواجهها في حياته اليومية أو من خلال إسداء النصح له و يطلق عليها عدة تسميات منها: مساندة التوجيه المعرفي، المساندة بالنصح و الإرشاد. (علي، 2005، 39)

ج- **الصحبة الإجتماعية:** ويشير إليها البعض باسم المساندة الإجتماعية أو التكامل الإجتماعي أو مساندة الأصدقاء و الصحبة تعني قضاء وقت الفراغ مع الفرد الذي يعاني من مشكلات، كما يستطيع المحيطين بالفرد في ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية والترويجية معه، و المشاركة الإجتماعية في المناسبات المختلفة لإشباع الحاجة إلى الإنتماء و التواصل مع الآخرين و كذلك بالمساعدة على إبعاد الفرد عن الإنشغال بالمشكلات أو عن طريق تعزيز الجوانب الوجدانية الإيجابية.

د- **المساندة الإجرائية:** أوما يطلق عليها المساندة الملموسة أو المادية أو مساعدة العون أو الأدائية، و تشمل على تقديم العون المادي و الإمكانات المادية و الخدمات اللازمة و قد يساعد العون المادي على تخفيف الضغط عن طريق الحل المباشر للمشكلات أو تقديم الخدمات العينية لتخفيف أعباء الحياة على الفرد أو عن طريق إتاحة بعض الوقت للأنشطة مثل الإسترخاء و الراحة.

في حين ترى باريرا وأنلي(Barrera&Ainlay1983) أن أنواع المساندة الإجتماعية تتحدد من خلال الوظائف التالية: (البهاص، 2006، 249، 248)

1- **المساعدة المادية:** و تتم من خلال تقديم العون المالي و الأشياء المادية و العينية المختلفة.
2- **المساعدة السلوكية:** وتتحدد من خلال مشاركة الآخرين للأفراد في الأعمال التي تتطلب جهدا بدنيا.
3- **التفاعل الحميم:** ويظهر في سلوكيات الإنصات والتعبير عن التقدير والرعاية والفهم، وخاصة في مواقف التفاعل الإجتماعي .
4- **التوجيه:** و يتضح في تقديم النصيحة و إعطاء المعلومات التي توجه و ترشد سلوك الفرد.
5- **التغذية الراجعة:** و يقصد به ما يتلقاه الفرد من مردود إيجابي أو سلبي عما يقوم به من سلوك أوما يتبناه من أفكار. و يضيف دك (Duk) نوعين من المساندة الإجتماعية هما:

الفئة الأولى: و تتضمن المساندة المادية و يقصد بها المساعدة على أعباء الحياة اليومية.

الفئة الثانية: المساندة النفسية و تشمل التصديق على الآراء الشخصية و تأكيد صحتها و دعم الثقة بالنفس. (عبد الكريم، 2005، 83)

من خلال ما سبق يتضح إختلاف و تباين التصانيف المختلفة لأنواع المساندة و على الرغم من أن وظائف المساندة تبدو مختلفة نظريا إلا أنه في المواقف الطبيعية الواقعية لا نجدها منفصلة فإنه من الممكن لأولئك الذين لديهم صحبة إجتماعية أن تكون لديهم فرصة للحصول على المساندة المادية أو مساندة التقدير أو الاثنين معا.

كما أن نمط المساندة الذي يحتاجه الفرد يختلف بإختلاف مرحلة المشقة التي يمر بها، فالفرد الذي يحتاج السلوى و الطمأنينة من الأهل و الأقارب إذا تلقى النصح و الإرشاد في تلك اللحظة فمن الممكن أن يصيبه هذا بنوع من خيبة الأمل بالرغم من تلقيه نمطا من المساندة، لذا يؤكد الباحثون مراعاة التوقيت و نمط

المساندة اللازمان في وقت المشقة حتى يكون للمساندة أثرها الإيجابي المتوقع. (شويخ، 2005، 90)

4 - نظريات المساندة الإجتماعية:

هناك العديد من النظريات التي إهتمت و فسرت التفاعل النفسي الإجتماعي و من النظريات الأكثر شيوعا، نظرية التبادل الإجتماعي و نظرية التعلق.

أ- نظرية التبادل الإجتماعي:

يتم النظر إلى العلاقات بين الأفراد في إطار هذه النظرية بأنها تبادل للفوائد، حيث تفترض أن الأفراد يقومون بتقديم المنفعة مع توقع تلقيها في نفس الوقت، كما تفترض هذه النظرية أن وجود أي إضطراب في توقع تلقي الفائدة أو بتقديمها سوف يؤدي إلى نتائج وجدانية سلبية، فقد وجد في دراسة لروك (1987) أن الأشخاص الذين يدركون أن علاقاتهم مع أصدقائهم متكافئة و متعادلة لا يظهرون أي قدر من الأسى. ومفهوم التبادل مفهوم تجاري في الأساس و يعني المقايضة أي حصول على أشياء معينة في مقابل التخلي عن أشياء أخرى.(عبد الكريم، 2005، 81)

و نظرية التبادل الإجتماعي تتكون من مجموعة من المفاهيم و هي: الإثابة، التكلفة، الموارد، القيمة، الربح، المصادر البديلة للإثابة، وكما نلاحظ فإن هذه المفاهيم ذات صبغة تجارية حيث أن مفهوم التبادل بالغ في القدم رغم أنه لم يوظف في الدراسات النفسية إلا في أواخر الخمسينات.

إن الملاحظ لهذه النظرية يجد أنها تنظر إلى العلاقات بين الأفراد من وجهة تجارية حيث أن تقديم العون و الدعم للآخر مرتبط بما سيريحه من هذه العلاقة، كما أنها تفسر التجاذب بين الأشخاص بناءا على النواتج، ويتحقق التجاذب عندما تزيد نواتج التفاعل بين الأشخاص(الربح) إلى حد أدنى سمي(مستوى المقارنة) و يتأثر هذا المستوى لدى شخص معين بخبراته السابقة في تلك العلاقة و بخبراته السابقة في علاقات مقاربة (مماثلة)، و يرتفع هذا المستوى عندما تزيد النواتج و ينخفض عندما تقل.

ب- نظرية التعلق:

يعد جون بولبي و ماري اينسوورث (Bowlby & Ainsworth) هما المؤسسان لهذه النظرية، و مفهوم التعلق في رأي بولبي هو" القدرة على الدفاع ضد المخاطر و الأضرار التي تلحق بالفرد من خلال علاقاته بالبيئة المحيطة"، حيث يفترض أن التعلق نمط ثابت في الشخصية، حيث توصلت دراسات عديدة إلى وجود مؤشرات على ثبات أسلوب التعلق و تأثيره على الطريقة التي يرتبط بها الأشخاص مع بعضهم البعض في علاقات إجتماعية متبادلة، و إنطلاقا من هذا وضع (بولبي) مفهوما أساسيا في نظريته أطلق عليه (العلاقات الآمنة) حيث يعرفها بأنها تلك التفاعلات التي يستجيب بها الآباء للطفل الذي يكون في حالة مشقة و يقومون بمساعدته على تنظيم إنفعالاته و إشعاره بالراحة و العناية. (عبد الكريم، 2005، 87)

كما أدخلت (ماري)على النظرية مفهوم جديدا هو(الأساس الآمن) و تقصد به" أن تلبية الحاجات الفسيولوجية و الوجدانية للطفل تجعله يشعر بأن الشخص الراعي سوف يكون متاحا كلما إحتاج إليه مما يجعله يشعر بالأمان" و أطلقت عليه (النمط الآمن) ووجدت أن هذا النمط يكون أقل إضطرابا و أكثر تواصلا كما وجدت نمطين للتعلق هما:

أ- **النمط المتجنب:** و يفتقد إلى التقارب مع المحيطين كما يفتقر إلى السلوك الإستكشافي و أقل بحثا عن المساندة الإجتماعية و ذلك لخوفه الشديد من رفض الآخرين.

ب- **النمط القلق:** و يتميز هذا النمط بالتقارب و التعلق بالآخرين بشكل مستمر و يشعر بالضيق عند الإنفصال.

من خلال ما سبق يتضح أن الأفراد الذين ينتمون إلى الأنماط غير الآمنة (القلق و المتجنب) يفتقدون إلى المهارات الإجتماعية للتفاعل مع الآخرين و هذا يؤدي إلى عدم تقديرهم الجيد للمساندة المقدمة، كما يفتقدون إلى القدرة على التعبير عن مشاعرهم، و من ثم يكونون أكثر تأثرا بالمواقف الضاغطة، فأسلوب التعلق

الخاص بالفرد ربما يؤثر على الطريقة التي يرتبط بها الفرد مع الآخرين و بالطريقة التي يواجه بها تحديات المواقف، من خلال هذه النظرية يتضح أن نمط أو أسلوب التعلق في الطفولة المبكرة تحدد طريقة إرتباط الفرد بالمحيطين به حيث أن إدراك الفرد لوجود أشخاص في محيطه يمدونه بالمساندة و الدعم يجعله يحسن بأنه محبوب و له قيمة حيث يؤدي هذا إلى شعور الفرد بالأمان و الراحة.

بالإضافة إلى النظريتين السابقتين يرى بعض الباحثين أمثال بيرس وساراسون (Pierce&Sarason) أن هناك إتجاهات نظرية بارزة لدراسة المساندة الإجتماعية و تفسيرها و هي المنحى البنائي، المنحنى الوظيفي، نظرية المقارنة الإجتماعية، النظرية الكلية.

أ- **المنحنى البنائي:** إن النظرية البنائية تقوم على إفتراض أن الخصائص الكمية لشبكة المساندة تؤثر على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد، و لذلك فهي تركز على تدعيم بناء الشبكة الإجتماعية للفرد لزيادة حجمها و تعدد مصادرها من أجل مساعدة الفرد و مساندته لمواجهة التهديدات ووقايته من الآثار السلبية التي قد يواجهها. رغم أن النظرية ركزت على معرفة مكونات شبكة العلاقات الإجتماعية و حجم الشبكة و الخصائص البنائية لها، إلا أنها لم توضح كيف تؤثر حجم الشبكة (مما يعني عدد الأفراد المناسبين للمساندة)، كما أنها أهملت التفاعل بين أفراد الشبكة و تأثير هذا التفاعل على المساندة المقدمة للفرد.

ب- **المنحنى الوظيفي:** جاءت كرد فعل كما هو معروف للنظرية البنائية، حيث أن النظرية البنائية تركز على الشكل بينما الوظيفية تركز على المحتوى و التفاعل بين مكونات الشبكة، حيث تؤكد على وظيفة العلاقات المتبادلة في شبكة العلاقات الإجتماعية و التي تعمل على دعم الفرد في الظروف الصعبة و هذا ما يعزز أنماط السلوك الصحي و زيادة مصادر المواجهة لديه، وللاحظ أن النظرية ركزت على أهمية التفاعل داخل الشبكة دون تحديد أي نوع من أنواع المساندة يكون مفيدا للفرد، كما لم تحدد

الوقت الذي يحتاج إليه المتلقي هذه المساندة حتى لا تسبب له مشكلة ما، حيث أن نوع المساندة (طبيعتها) و توقيتها و الرضا عنها ضروري جدا لتحقيق الفائدة المرجوة منها.

ج- **نظرية المقارنة الإجتماعية**: تقوم هذه النظرية على إفتراض مؤداه أن الأشخاص قد يفضلون أحيانا التفاعل أو الإندماج مع آخرين يتساوون معهم أو يفضلونهم، حيث أن هذا الإندماج يحقق لهم تفاعلات سارة تساعدهم على التوافق مع البيئة المحيطة بهم، ووفقا لهذه النظرية فإن رفاق فرد يعاني ضغوطا قد يفضلون التحول إلى أشخاص يفضلونهم بدلا من إستثمار الوقت والمجهود في رفيق يعاني من ضغوط، حيث يرى بيونك وآخرون (Bunnk &al) أن الأفراد الذين يعانون ضغوطا يميلون إلى التفاعل بآخرين أفضل منهم، و لكنهم يحبطون بصفة خاصة في محاولاتهم للوصول إلى مصادر المساندة التي يرغبونها فيشعرون بضغوط أحيانا تكون أكثر حدة". (فايد، 1998، 162)

و قد حلل الباحثون ذلك بأن المشقة –الضغط- يشكل مزاجا سلبيا مما يجعل الأفراد الواقعين تحته أقل جاذبية و إيجابية.

إن النظرية السابقة في محاولتها لتفسير كيفية التفاعل الإجتماعي بين الأفراد ركزت على الجاذبية بينهم أي أن التفاعل قائم أساسا على غياب المشقة و التهديد، أو أن الأفراد لا يفضلون مد العون للفرد الذي يعاني الضغط، فإننا نتساءل عن جدوى تقديم العون أو الدعم لفرد لا يعاني ضغوطا، في حين أن الأفراد الذين يعانون ضغوطا هم بحاجة إلى من يمد لهم يد العون و المساعدة و الدعم خاصة في المواقف الصعبة والضاغطة.

د- **النظرية الكلية**: تؤكد هذه النظرية حاجة الفرد إلى المساندة الإجتماعية خاصة في المواقف الصعبة التي يمر بها، و تركز أيضا على الخصائص الشخصية التي يمكن أن تؤثر في شبكة العلاقات الإجتماعية المحيطة بالفرد و الخاضعة للمواقف الإجتماعية التي يواجهها الفرد في حياته اليومية.

و النظرية الكلية تهتم أيضا بقياس الإدراك الكلي لمصادر المساندة المتاحة للفرد و درجة رضاه عن هذه المصادر وهذا الإدراك الكلي للمساندة الإجتماعية بشكل الأساس النظري لعدد من مقاييس المساندة الإجتماعية.و يرى (ساراسون و آخرون) أن الميزة الهامة لهذه المقاييس المستخلصة من النظرية الكلية تركز على الشعور بالقبول و التقدير من الآخرين .

5- دور المساندة الإجتماعية ووظائفها:

يذكر سارافينوا (Sarafino1994) أن للمساندة الإجتماعية دورين مهمين:

الأول: هو الدور المباشر و يظهر من خلال المساندة التي تقدم للفرد و يدركها على نحو واقعي و بصورة مباشرة.

والثاني: هو الدور غير المباشر و يظهر من خلال تنميتها و دعمها للأدوار الإيجابية للمتغيرات النفسية الأخرى(كالصلابة النفسية و التفاؤل و تقدير الذات) للتخفيف من شدة وقع الأحداث الشاقة على الفرد ، فالعلاقة بين الفرد و الآخرين التي يسودها الحب و التقدير و الإهتمام ترفع من تقدير الفرد لذاته ، و هما عاملان يقيان الفرد و يساعدانه على مقاومة المشقة و يخففان الآثار المترتبة على التعرض لها ، أما إدراك الفرد لعدم وجود مساندة إجتماعية فيشعره بالعجز عن المقاومة ، و من ثم يبدأ ظهور الخصال المزاجية المرضية كالإكتئاب.(حمزة، 2002، 11)

ومن ثم يمكن التنبؤ بأن غياب المساندة الإجتماعية أو إنخفاضها يزيد من الآثار السلبية للأحداث و مواقف المشقة التي يتعرض لها الفرد ، و هذا ما أكده كل من كوليك و ماهلر(Kulik & Mahler1989) من أن المساندة الإجتماعية تقلل من فترة المرض بل إنها تزيد من سرعة الشفاء من المرض، و في دراسة أخرى تمت البرهنة على أن الذين يتلقون المساندة بشكل مباشر كانوا أقل معاناة من الأعراض الإكتئابية بالمقارنة بالذين يتلقونها بشكل غير مباشر ،كما أضافت الأبحاث المرتبطة بالصحة أن للمساندة تأثير واضح على معدل الوفيات لدى المرضى و التوافق النفسي و تحسين نتائج العلاج لديهم. (شويخ، 2005، 23)

من خلال العرض السابق يتضح دور المساندة الإجتماعية من خلال حفاظها على الصحة النفسية و الجسدية للفرد، كما تقوم بالتخفيف أو الوقاية من الآثار السلبية للأحداث الضاغطة و هما وظيفتان أساسيتان من وظائف المساندة و هذا ما يؤكده شوماكر و برونيل (Schumaker& Brounell)، إذ أن **الوظيفة الأولى** تعمل على الحفاظ على **الوحدة الكلية للصحة النفسية و الجسمية** و العقلية للوصول إلى دعم و تعزيز إحساس المتلقي بالراحة و الإطمئنان من خلال ثلاث وظائف فرعية وهي: (علي، 2005، 485)

أ- **إشباع الحاجة إلى الإنتماء**: و تتجلى من خلال أنماط التفاعل الإجتماعي الإيجابي مع الأصدقاء و المقربين والتي تزيد من مقومات الصداقة و المودة وتنمية مشاعر المشاركة الفعالة، و بالتالي فالمساندة يمكن أن تشبع حاجات الإنتماء إلى البيئة المحيطية بالفرد و تخفف الآثار السلبية للإحساس بالوحدة والعزلة والإغتراب.

ب- **الحفاظ على الهوية الذاتية**: فالمساندة تحافظ على إحساس الفرد بتأكيد ذاته وتدفعه إلى الشعور بالهوية الذاتية وذلك من خلال نمط من المساندة والمتمثل في المساندة بالتقدير حيث يحس الفرد بالقيمة و بأنه مقدر ومحبوب وهذا ما يزيد من تأكيد ذاته و تحقيقها.

ج- **تنمية مفهوم إحترام الذات**: إن هذه الوظيفة مرتبطة بسابقتها بحيث أن المساندة تعزز مفهوم إحترام الذات لدى الفرد كما تعزز لديه إحساسه بالكفاءة الشخصية مما يجعله يشعر بالتمكن و القدرة على المواجهة.

مما سبق يتضح أن هذه الوظائف الثلاث تدعم الصحة النفسية للفرد و تزيد من قدرته على الحفاظ على توازنه و أمنه النفسي حتى يشعر بالإستقرار في تفاعلاته الإجتماعية مع الآخرين و في علاقته بالبيئة المحيطة به.

أما القسم الثاني من وظائف المساندة و هي **متعلقة بالوقاية من الآثار السلبية للأحداث الضاغطة** و ذلك من خلال إمداد الفرد بالمصادر المطلوبة لمواجهتها بأساليب

إيجابية تمتع تأثيرها السلبي على الصحة النفسية والجسدية و تتمثل كذلك في ثلاث وظائف فرعية:

أ- **التقييم المعرفي**:إن التقييم المعرفي عملية معرفية يقوم من خلالها الفرد بتفسير و إضفاء معنى على الحدث الضاغط حيث يمر بمرحلتين (التقييم الأولي ثم التقييم الثانوي)، فالمساندة الإجتماعية تدخل ضمن هاتين العمليتين من خلال تعميق هذا التفسير و تحسين مهمته من خلال إمداده بالمعلومات أو النصح حتى يستطيع أن يواجه الحدث بتفاعلات إيجابية، و ذلك من خلال توسيع عدد الخيارات و توفير إستراتيجيات مواجهة نموذجية، إنفعالية أو سلوكية، و عرض أساليب لحل المشكلات التي يتعرض لها الفرد.

ب- **النموذج النوعي للمساندة**:و تقوم المساندة في هذا النموذج بوظيفة مباشرة بإمداد متلقي المساندة بالمصادر المطلوبة لمواجهة المتطلبات النوعية التي تثيرها أحداث الحياة الضاغطة.

ج- **التكيف المعرفي**: إن الفرد عندما يواجه حدثا ضاغط فإنه من الناحية المعرفية يمر بثلاث مراحل:

1- التعرف على هوية الحدث.
2- محاولة المواجهة و السيطرة عليه.
3- تقوية تقدير الذات للمحافظة على التوازن النفسي و الإنفعالي .

والمساندة تلعب دور في كل مرحلة من هذه المراحل بتزويد الفرد بالمعلومات اللازمة عن هذا الحدث وأساليب المواجهة وطرق السيطرة عليه،ودعمه للمحافظة على تقدير جيد لذاته مما يسهل عملية المواجهة وبذلك التخفيف من تأثير الحدث الضاغط.

من خلال ما تم عرضه يتضح جليا أهمية المساندة الإجتماعية في حياة الفرد وذلك من خلال وظائفها المختلفة سواء المتعلقة بالوقاية، أو الحفاظ و تعزيز الصحة النفسية والجسدية و هذه الوظائف غير منفصلة عن بعضها البعض حيث أن وظائف

الوقاية تتداخل مع وظائف الحماية أو الحفاظ على الصحة، لأنه كما أشرنا سلفا في عنصر أنواع المساندة الاجتماعية أن المساندة الإجتماعية بأنواعها المختلفة تتداخل في نفس الموقف عندما تقدم للفرد، و فاعليتها تتوقف على الكيفية التي بها يدركها الفرد، و الأهم من كل ذلك النتائج التي تحققها لدى متلقيها من صحة نفسية وجسمية وعقلية.

6- النماذج الرئيسية لتفسير دور المساندة الإجتماعية:

لقد خلصت الدراسة التي أجراها كوهين وويلز (Cohen & Wills1985) في إستعراضها لنتائج البحوث في مجال المساندة الإجتماعية حول الدور الذي تلعبه في المحافظة على الصحة النفسية و الجسمية إلى شكلين أو نموذجين أطلقا على النموذج الأول نموذج الأثر الرئيسي للمساندة و النموذج الثاني نموذج الأثر الواقي (المخفف) من الضغط و فيما يلي شرح لهذين النموذجين:

أولا: نموذج الأثر الرئيسي للمساندة: يفترض هذا النموذج أن المساندة الإجتماعية لها تأثير مفيد على حياة الفرد و سعادته بغض النظر عما إذا كان هذا الفرد يقع تحت الضغط أم لا، و قد وجد هذا النموذج طريقه إلى الوجود من واقع التحليلات الإحصائية التي أظهرت وجود أثر رئيسي للمساندة و عدم وجود تأثير للتفاعل بين الضغط و المساندة، مما دعا البعض بأن يطلق عليه نموذج الأثرالرئيسي. (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، 37)، ويعمل هذا النموذج من خلال طريقتين:

1- تقوم المساندة بتزويد الشخص بالإحساس بالإنتماء وتقييم الذات سواء أكان لديه حدث شاق أم لا.

2- يؤدي شعور الشخص بإهتمام الآخرين به إلى إهتمام بصحته قبل أن يتفاقم المرض لديه. (مبروك، 2005، 62)

كما يرى كورناي(Corneil) أن المساندة الإجتماعية يمكنها ممارسة تأثير مباشر أو أساسي و ذلك من خلال وظيفة الحاجز (المانع) لتأثيرات الضغط،

حيث أن شبكة المساندة الإجتماعية تستطيع أن تمنح المعلومات أو تغير الأفكار التي يفتقدها الأفراد من أجل المواجهة، أو تمنح المصادر التي يحتاجها الأفراد لتخفيف الضغط، حيث يرى أن الإنتماء إلى جماعة يمكن كذلك من إشباع مفهوم الفرد عن ذاته و التي تزيد من ثقته بنفسه، شعوره بالتحكم وبالكفاءة...الخ، إذن فإنطباع التمكن والقدرة يجعل الفرد يؤثر في بيئته. (Corneil,2004,54)

وفي نفس السياق يضيف (علي عبد السلام) على أن هذا الإتجاه يتمحور على أن هناك أثر عام مفيد للمساندة الإجتماعية على الصحة البدنية و النفسية، حيث أن الشبكات الإجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الأشخاص بخبرات إيجابية منتظمة و هذا النوع من المساندة يمكن أن يرتبط بالسعادة، كما أنها توفر حالة إيجابية من المشاعر و إحساسا بالأمان، و الإعتراف بالأهمية كما أن التكامل في الشبكة(وجود علاقات وطيدة) يمكن أن تساعد الفرد على تجنب الخبرات السالبة كالمشكلات المالية و الأسرية و القانونية. (علي، 2005، 23)

ويفترض هذا النموذج أن زيادة المساندة يؤدي إلى زيادة تحسن الحياة بغض النظر عن مستوى هذه المساندة و هذا الإفتراض يتوافق مع أطروحة أو نظرية الفعالية الذاتية لباندورا(1986) التي تظهر أن هناك عتبة دنيا للإتصال الإجتماعي الضروري للصحة النفسية و البدنية، كما أن الأثر الرئيسي للمساندة الإجتماعية على النواحي الصحية يتأكد من خلال المقارنة بين الأشخاص المنعزلين إجتماعيا(علاقات إجتماعية قليلة جدا) وأولئك الذين لديهم مستويات متوسطة أو عالية من المساندة فوفقا لسيم وكوهن (Syme & Cohen1985) فإن خاصية التأثير المباشر أوالأساسي للمساندة تفهم في الإتجاه العكسي أي (العزلة الاجتماعية) أو غياب المساندة الإجتماعية التي تحرض أو تثير الإضطرابات الصحية. (Jourdan,2000,180)

ثانيا- نموذج الأثر الواقي(المخفف):

يفترض هذا النموذج أن المساندة ترتبط بالصحة فقط بشكل أساسي للأشخاص الذين يقعون تحت طائلة الضغط، و يعرف هذا النموذج بنموذج التخفيف

أو الحماية أو العزل، و ينظر إلى المساندة على أنها تعمل على حماية الأشخاص الذين يتعرضون لضغوط من إحتمال التأثير الضار لهذه الضغوط. (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، 38)

و هناك آليات عديدة تعمل من خلالها المساندة في ظل هذا النموذج مثل تعديل التقديرات الخاصة بمثيرات المشقة و الكف من إستجابات المواجهة غير التكيفية. (مبروك، 61،2005)

7- الفروق بين الجنسين في المساندة الإجتماعية:

تشير الدراسات السابقة منها على سبيل المثال لا الحصر دراسة فيلسون وزيلنسكي(Felson &Zielnski1989) التي أشارت إلى أن الإناث أكثر حساسية و تأثرا بسلوك الآخرين - خاصة الوالدين- من الذكور و أن شعورها بالأهمية و القيمة يتوقف على علاقتها بالآخرين، كما يشير ليفي(Leavy1983) في مراجعته للدراسات التي أجريت على المساندة الإجتماعية إلى أن الإناث عبر المراحل العمرية المختلفة من الطفولة إلى الشيخوخة أكثر سعيا من الذكور للحصول على المساندة الإجتماعية، كما إتفقت دراسات كل من(هولاهان و موس)، و بيلينج و موس(Billing & Moss1981) أن المرأة أكثر إعتمادا من الرجل على المساندة و أكثر تأثرا نتيجة لمواجهة الضغوط، و أن المساندة الإجتماعية تقي المرأة أكثر من الرجل من الأمراض الجسمية و النفسية، و أن الرجل أكثر إعتمادا على مصادره النفسية كعوامل للوقاية من الضغوط، كما أن المساندة الإجتماعية لدى الأنثى بعد مرحلة الطفولة تلعب دورا هاما في شعورها بالقيمة و في نموها النفسي بل و في صحتها النفسية و سعادتها، بل وتمثل هذه العلاقات عاملا واقيا للمرأة من الإكتئاب . (مخيمر، 1997، 122)

كما تشير ممدوحة سلامة (1991) إلى دور المساندة الإجتماعية في شعور المرأة بالقيمة حيث ترى أن الأنثى تضع أهميته كبيرة على علاقتها مع الآخرين، كما أنها تعتمد في تقديرها لذاتها على مدى نجاح أو فشل علاقتها مع الآخرين،

وتستشعر الأنثى القلق لدى تدهور أي علاقة ذات معنى في حياتها، لأن تدهور أي علاقة ذات معنى في حياتها تؤدي إلى تدهور مفهومها لذاتها و شعورها بعدم القيمة وبالتالي يطلق عليها" هوية في إطار علاقات". (سلامة، 1991، 475)

8- المساندة الإجتماعية كمتغير واقي من الضغوط النفسية:

تعتبر المساندة الإجتماعية كما أوضحنا من المتغيرات التي إزداد الإهتمام بها في السنوات الأخيرة كعامل وسيط بين مصادر الضغط و أحداث الحياة و الإستجابة الخاصة بالضغط من جهة أخرى، و قد أطلق على هذا الإتجاه الذي يفسر أثر وجود موارد إجتماعية أو مساندات إجتماعية على تقليل آثار الضغط فرض التخفيف أو التلطيف. (الشناوي و عبد الرحمن، 1994، 32)

و في رأي العديد من الباحثين فإن إصطلاح المساندة قد نال إهتماما كبيرا في السنوات الأخيرة و أستخدم بشكل واسع للإشارة إلى تلك الآليات التي تقوم بها العلاقات الإجتماعية بين الأشخاص بوقايتهم من الآثار الشديدة للضغط، حيث تلعب المساندة الإجتماعية دورا وقائيا إذ أن لها أثرا مخففا لنتائج الأحداث فالأشخاص الذين يمرون بأحداث مؤلمة تتفاوت إستجاباتهم لتلك الأحداث تبعا لتوفر مثل هذه العلاقات الودود والمساندة، حيث يزداد إحتمال التعرض لإضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة كما وكيفا.(عبد المعطي، 2006، 62)

و يشير بعض الباحثين أمثال(ساراسون، كوهن، ماكاي) إلى أن شبكات المساندة الإجتماعية تشكل عاملا واقيا وفعالا ضد المواقف الضاغطة ،كما أن ضعفها يرتبط بالعديد من المشكلات السلوكية و مع المشكلات العقلية و النفسية. (Jourdan,2000,175)

ففي دارسة لكل من خضر و الشناوي (1987) تبين وجود علاقة إرتباطية بين إنخفاض مستوى المساندة الإجتماعية لدى طلاب الجامعة و بين الميل العصابي والإحساس بالوحدة النفسية. (الشناوي والسيد، 1994، 58)

كما توصلت دراسة ماهون و آخرون (Mahon & al 1994) إلى وجود علاقة إرتباطية بين الإحساس بالوحدة لدى طلاب جامعة روتجرز (Rutgers) بولاية نيوجرسي الأمريكية و بين غياب المساندة الإجتماعية من الأسرة، و في سلسلة من المراجعات للبحوث السابقة التي قام بها كابلان (1973)، وكاسل(1976) و كوب(1976)، إتضح وجود علاقة بين الأمراض العقلية و بعض المتغيرات مثل الحالة الزواجية و الإنعزال الإجتماعي، و قد أوضح هؤلاء الباحثون أن الموضوع المشترك في هذه العلاقات هو غياب الروابط الإجتماعية المناسبة وتمزق شبكة العلاقات الإجتماعية وقد أدت هذه المراجعات المبكرة إلى لفت إنتباه الباحثين إلى الإهتمام بإمكانية أن يكون للمساندة القدرة على الوقاية الصحية. (الشناوي والسيد، 1994، 34)

وإذا كانت المساندة الإجتماعية تحمل في طياتها معنى المعاضدة والمؤازرة والتقوية على مواجهة الضغط، وأن المساندة تتضمن نمطا مستديما من العلاقات المتصلة أو المتقطعة التي تلعب دورا هاما في المحافظة على وحدة النفس و الجسم، كما أن الشبكة الإجتماعية للفرد والمتمثلة في الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل تزوده بالإمدادات الإجتماعية النفسية وذلك من أجل المحافظة على الصحة النفسية والجسمية والعقلية، فالعديد من الباحثين يرون أن المساندة الإجتماعية تلعب دورا في تخفيف المعاناة الناتجة عن الضغوط من خلال عدة أنظمة و هي:

- فربما كان لها تأثير فوري على نظام الذات الذي يزيد من تقدير الذات والثقة بها.
- وربما كان لها تأثير مباشر على الإنفعالات، إذ يولد التفاعل الإجتماعي الداعم درجة من المشاعر الإيجابية التي تكف القلق و الألم و المعاناة.

- كما أن الفرد يدرك أن الأحداث الضاغطة أقل مشقة عندما يشعر أن الدعم و المساعدة متوفران و من ثم سيتمكن من مواجهة المشكلة.

و في هذا الصدد فإن الشبكة الإجتماعية للفرد والمتمثلة في الأسرة والأصدقاء تلعب دورا هاما كمصادر أساسية حيث تخفف شدة وقع ضغوط الحياة، وكذلك تقي من الآثار المترتبة الناجمة عن التعرض لهذه الأحداث أو الجدير بالذكر أن كل من الأسرة و الأصدقاء يعتبران عاملان من عوامل الوقاية في التخفيف من الإصابة بالأمراض النفسية و الجسمية، كما أن كل منهما له دورا إنمائيا يتمثل في التوافق الإيجابي و النمو الشخصي كما يعتبران مصدرا للأمن، فالأفراد الذين لايتلقون المساندة من أسرهم و أصدقائهم يشعرون بعدم القيمة وعدم الكفاية و عدم القدرة على مواجهة الضغوط. (دسوقي، 1996، 56)

فقد توصلت نتائج دراسة بيرس و آخرون(Purce & al 1991) إلى وجود علاقة إرتباطية بين المساندة الإجتماعية و العاطفية التي يتلقاها طلاب وطالبات الجامعة و بين القدرة على المشاركة وتحقيق التوافق مع الحياة الجامعية. (علي، 2000، 13)

كما أظهرت نتائج دراسة ساندلير (Sandler1981) ودراسة مالينكرودت (Mallinckrodt1992) حول أثر الدعم الإجتماعي على حياة الطلبة في كليات الجامعة بـ(لوس أنجلس) وتوصلت إلى أن التواصل الإجتماعي بين الطلبة يزيد من شعورهم بالرضى و الإرتياح في دراستهم و يقلل من تعرضهم للضغط النفسي، و أن الدعم الإجتماعي الذي يتلقاه الطلبة من أسرهم والمسؤولين في الكليات يقلل من ظهور الضغط النفسي و يخفف من حدته، و من الأمور الأساسية في علم النفس الصحة ذلك الفرض الذي ينص على أن المساندة الإجتماعية من الآخرين الموثوق فيهم لها أهمية رئيسية

في مواجهة أحداث الحياة الهامة، و أن المساندة الإجتماعية يمكن أن تخفض أو تستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة. (فايد، 2005، 220)

و يذهب كاترونا وراسل(1990) إلى أن المساندة الإجتماعية و إتاحة علاقات إجتماعية مرضية تتميز بالحب و الود والثقة تعمل كحواجز أو مصدرات ضد التأثير السلبي لضغوط الحياة على الصحة الجسمية والنفسية.

كما أشار راتر(Ruttr1990) إلى أن العلاقة التي يسودها الحب و الدفء فبالإضافة إلى أنها تمثل مصدرا للوقاية من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة، فإنها ترفع من تقدير الفرد و فاعليته و هما عاملان واقيان يساعدان الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة أو يخففان من الآثار المترتبة عل التعرض لها، أما إدراك الفرد لعدم وجود مساندة إجتماعية، فإنه يشعره بعدم القيمة وعدم القدرة على المواجهة. (فايد، 2005، 220)

وقد توصلت نتائج الدراسات السابقة إلى أن المساندة الإجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين سواء في الأسرة أو خارجها تعد عاملا هاما في صحته النفسية، ومن ثم يمكن التنبؤ بأنه في ظل غياب المساندة أو إنخفاضها يمكن أن تنشط الآثار السلبية للأحداث و المواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد بما يؤدي إلى إختلال الصحة النفسية. (جاب الله، 1993، 232)

وفي الاخير يمكننا القول ان المساندة الإجتماعية بإعتبارها متغيرا واقيا تستطيع أن تمارس تأثيرا مباشرا على إدراك الضغوط النفسية وبذلك التخفيف من تهديدها والحد من خطرها على الصحة النفسية والجسدية، ولذلك ومن خلال العرض السابق يتضح أن المساندة الإجتماعية بمقوماتها وأنواعها لها دور إيجابي في التأثير على إدراك وتقييم الفرد للأحداث

الضاغطة وبذلك إختيار الطرق والآليات المناسبة للتصدي، إذ أن للآخرين كالأهل والأقارب والأصدقاء دور بالغ الأهمية في حياة الفرد لما يقدمونه من دعم مادي ونفسي في أوقات الشدة مما يجعل الفرد يحس بالقيمة والتقدير وهذا ما ينعكس على جوانب شخصيته (معرفيا وإنفعاليا وسلوكيا)، ويمكن إعتبار المساندة عاملا داعما ومنميا لعوامل شخصية أخرى كإحساس الفرد بالكفاءة والقدرة على التحكم والضبط والثقة بالنفس والصلابة...

الفصل الثالث

استراتيجيات الإرشاد المعرفي السلوكي لتخفيف الضغوط النفسية

أولا - ماهية الإرشاد المعرفي السلوكي:

يعد الإرشاد المعرفي السلوكي من أكثر أنماط الأساليب الإرشادية شيوعا في الوقت الراهن في تناول مختلف المشكلات، حيث تطرق هذا المنحى الإرشادي إلى كافة المشكلات تقريبا، حيث أكدت دراسات عديدة أن هذا النمط الإرشادي يعد الأكثر فاعلية قياسا بأساليب الإرشاد الأخرى كما يعتبر الأفضل مما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل حيث تقل إحتمالات حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي، وقد يرجع ذلك إلى أنه يستخدم عدة إستراتيجيات للمواجهة، كما أنه يركز على المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية التي يتضمنها أي إضطراب، ومن ثم تتنوع الفنيات المستخدمة خلال البرنامج الإرشادي لتشمل كل هذه المكونات معا، كما أنه يركز على حدوث تغيير في السلوك يتم من خلال تصحيح وتعديل الأفكار المشوهة والإعتقادات المختلة وظيفيا والتي تعد المسؤولة في الأساس عن حدوث ذلك السلوك.

ويشير بعض الباحثين أن هذا الإتجاه يجمع بين كل من أساليب النظرية السلوكية والنظرية المعرفية في الإرشاد، كما أنه يعد إضافة تطورية تضاف وتغطي جانبا لم تهتم به الإتجاهات التقليدية لتعديل السلوك خاصة المدخل السلوكي الذي يركز على السلوك الظاهر دون النظر إلى العمليات المعرفية، إضافة إلى أن التعديل الذي يحدث إنطلاقا من الذات يكون أكثر فاعلية وإستقرارا إذا ما قورن بالتعديل الذي يحدث من خلال آخرين بإستخدام معززات خارجية، علما أن أحد الإنتقادات التي وجهت لتعديل السلوك في أن السلوك المرغوب فيه يبقى ماثلا في حال وجود المعززات، وقد يرجع السلوك إلى سابق عهده في حالة إختفائها.

إن تعديل السلوك معرفيا يهدف إلى تغيير السلوك المشكل من خلال تغيير الأفكار الخاطئة أو الإدراكات الخاطئة، كما يمكن القول أن تعديل السلوك معرفيا هو عملية ذاتية موجهة تعتمد على إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة. (الخطيب، 2002، 52)

ولـذلك فـإن الإهتمـام بالعلاقـة بـين المـثيرات والإسـتجابات بحـد ذاتهـا غـير كافي، ولكن لابد من دراسة العمليات المعرفية التي تتوسط هذه العلاقة، فالإنسان عندما يتعرض لمثير معين فهو يعطي تفسيرا ومعنى له، والإستجابة التي تصدر عنه تعتمد بالضرورة على معنى المثير والتفسير الذي يعطيه الإنسان له، وقد ظهر المنحى المعرفي السلوكي كنتيجة لعدة عوامل أهمها:

1 – كرد فعل على الإنتقادات الموجهة للمدرسة السلوكية، وأنها ركزت على تغيير السلوك دون الإهتمام بالنواحي المعرفية للمسترشد.

2 – تزايد الإهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالوظائف النفسية.

3 – جهود بعض العلماء والمفكرين مثل (جان بياجيه) الذي ربط بين النمو المعرفي والنمو الخلقي و أوضح ذلك من خلال عرض لمفهومي التمثل والمواءمة.

4- الثورة العلمية الحديثة والتكنولوجيا .(الشناوي و السيد، 1998، 211)

ونظرا لتعاظم أهمية هذا المنحى الإرشادي في السنوات القليلة الماضية فإنه لابد من توضيح ماهية هذا الإتجاه وذلك من خلال عرض تعاريف الباحثين له وفيما يلي عينة منها:

1 – تعريف الإرشاد المعرفي السلوكي:

يشمل العلاج المعرفي السلوكي في صورته الواسعة على كل الطرق التي من شأنها أن تخفف الضيق النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة، ولا يعني التركيز على التفكير وإهمال الإستجابات الإنفعالية التي تعد المصدر المباشر للضيق بصفة عامة، إنما يعني ببساطة أننا نقارب إنفعالات الشخص من خلال معرفته أو من طريقة تفكيره وبتصحيح الإعتقادات الخاطئة يمكن التخلص من الإستجابات الإنفعالية الزائدة وغير المناسبة أو تغييرها.

يعرف الإرشاد المعرفي السلوكي في المعجم الموسوعي لعلم النفس "بأنه شكل من أشكال الإرشاد النفسي الذي يستخدم عند إساءة تأويل الواقع، لذلك تكون الأولوية الرئيسية في الإرشاد المعرفي تصحيح التصورات الخاطئة، وبالتالي تسمى إستئصال الأفكار السالبة عن التعلم الخاطئ. (السواط، 2008، 25)

فيما يعرف كلاس و شيا (Class& Shea 1986) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه أحد التيارات الإرشادية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالإرشاد من خلال الإهتمام بالجانب المعرفي للمشكلات النفسية، ويقوم هذا النوع من الإرشاد بإقناع المسترشد بأن معتقداته غير المنطقية وأفكاره السالبة وعباراته الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف، ولذلك فهو يهدف إلى تعديل الجوانب المعرفية المشوهة والعمل على أن يحل محلها طرقا أكثر ملاءمة للتفكير من أجل إحداث تغيرات معرفية وسلوكية ووجدانية لدى المسترشد (السواط، 2008، 28).

في حين يرى غراهام (Graham 1988) أن الإرشاد المعرفي السلوكي هو محاولة تهدف إلى جعل عملية تعديل السلوك فاعلة وتحقق التغيرات المطلوبة من خلال العملية الإرشادية، في حين يرى بيك(Beck1979) وماهوني(Mahony1991) أن هذا النوع من الإرشاد يقوم أساسا على فرضيه مفادها " أن العاطفة والسلوك يتحددان بدرجة كبيرة من خلال أفكار ومعتقدات الإنسان إتجاه العالم المحيط به، وبالتالي فإنه يركز على مساعدة الأفراد على مراقبة وضبط الأفكار غير السوية والخاطئة لإستبدالها أو تعديلها لتكون أكثر واقعية" . (السهل، 2005، 223)

في حين يرى البعض أن الإرشاد المعرفي السلوكي أسلوب في الإرشاد والعلاج يعمل على تقليل الإستجابة الإنفعالية المفرطة والسلوكيات الهازمة للذات من خلال تعديل الأفكار الخاطئة والإعتقادات التي تركز عليها هذه الإستجابات (محمد، 2000، 12).

كما يعرف النموذج المعرفي السلوكي بأنه مدخل إرشادي وعلاجي يركز على تعليم العميل المسترشد الإستراتيجيات السلوكية والمعرفية اللازمة للتخلص من المشكلة، بدلا من التفكير في كيفية الهروب من المشكلة والذي يعتمد على مجموعة متنوعة من الأساليب والفنيات .(عبد الوهاب، 2006، 92)

كما يعرف بأنه نمط من الإرشاد يشير إلى مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في إفتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات

تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية، ويركز هذا الأسلوب الإرشادي والعلاجي على معارف "الهنا والآن" والتي تكون هي الهدف من التغيير أكثر من التأكيد على الماضي كسبب للصعوبات الحالية، وتشتمل المعارف على الإعتقادات ونظم الإعتقادات والتفكير والتخيلات وتشتمل العمليات المعرفية على طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن الذات والبيئة.

كما يعتبر الإرشاد المعرفي منحى علاجي وإرشادي يندرج ضمن مجموعة من المناحي الإرشادية إذ يؤكد هذا المنحى على أهمية العمليات المعرفية في تحديد وتشكيل السلوك الإنساني، فالمرشدون المعرفيون يجمعون على أن السلوك والإنفعال هما إلى حد كبير نتاج تقييم المرء للأحداث وللمواقف وللعالم ولذاته، وهذا التقييم يتأثر بمعتقداته وإفتراضاته والصور المتخيلة لديه، وهذه العمليات المعرفية وفقا لهذا الإتجاه تصبح هي المستهدفة في العملية العلاجية. (أحمد الهادي 2008)

وتعرف مليكه لويس (1990) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه أحد المناهج الإرشادية التي تهدف إلى تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير عن طريق التدريب على مهارات المواجهة، التحكم في القلق، التحصين ضد الضغوط، التدريب على حل المشكلة، وقف الأفكار السالبة، والتعلم الذاتي ويحدث التعديل السلوكي من خلال تغيير الجوانب المعرفية (الإتجاهات، الأفكار، مفهوم الذات).

ويرى البعض أن الإرشاد المعرفي السلوكي هو أسلوب من الأساليب الحديثة في الإرشاد النفسي تقوم على أساس من نظريات التعلم، وتشتمل على مجموعة من تقنيات التدخل تهدف إلى حدوث تغيير بناء في السلوك الإنساني الظاهر الذي يمكن ملاحظته والإستجابات غير الظاهرة مثل الأفكار والإنفعالات. (السطحية، 1997، 43)

ويعرفه الحلبي واليحيى (1996) بأنه نوع من الإرشاد النفسي الذي يرى أن الخلل يحدث في جزء من العملية المعرفية وهي الأفكار أو التصورات عن النفس والآخرين والحياة، ويستند على نظريات علم النفس المعرفي ونظريات معالجة المعلومات، ونظريات علم النفس الإجتماعي . (الحلبي واليحيى، 1996، 261)

ويعرف استفن وبيك (Steven & Beak 1995) الإرشاد المعرفي السلوك بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف المشكلات النفسية القائمة عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة وتعديل العمليات المعرفية. (السواط، 2008،26)

ويشير كاندال (Kendall 1993) أن الإرشاد السلوكي المعرفي هومحاولة دمج الفنيات المستخدمة في الإرشاد السلوكي والتي أثبتت نجاحها في التعامل مع السلوك مع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم الإرشاد المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمرشد وبالسياق الإجتماعي من حوله من خلال إستخدام إستراتيجيات معرفية، سلوكية، إنفعالية، إجتماعية نسبية لإحداث التغير المرغوب فيه.

ويضيف قرين (Gren 2005) أن بيك (Beck) يرى" أن الإرشاد المعرفي السلوكي أسلوبا لتعديل السلوك لدى الفرد من خلال التأثير على عمليات التفكير، حيث يؤدي تغيير الأفكار إلى تغيير السلوك، وفي الوقت نفسه ينتج عن تغير السلوك تغيير في الأفكار، وهذا يشير إلى أن الإرشاد المعرفي عندما ركز على الدور السببي للتفكير في حدوث الإنفعالات والسلوك لم يهمل دور تغيير السلوك في تغيير الإنفعالات".(مقدادي، 2008، 272)

ويعرفه أوسن (Ohlsen 1977) بأنه "مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى إيصال الفرد لحالة الإستبصار بأسباب الإضطراب لديه، وتعليمه الإستراتيجيات اللازمة للتعامل مع أسباب هذا الإضطراب، بحيث تصبح جزءا من ذخيرته السلوكية على شكل أبنية معرفية وتوظف لهذا الغرض العديد من الأساليب التي وضعتها النظرية المعرفية السلوكية".(السقا، 2005،122)

مما سبق يتضح أن جل تعاريف الباحثين تؤكد على أن الإرشاد المعرفي السلوكي يهدف إلى تخفيف أو التخلص من الإضطراب النفسي من خلال التركيز على الجوانب المعرفية للفرد أي أفكاره ومعتقداته ومفاهيمه الخاطئة والمشوهةوالمختلة وظيفيا بهدف تعديلها وتغييرها وبذلك تعليم الفرد سلوكيات

جديدة تتنافر وسلوكاته السابقة ويتم كل هذا بإستخدام مجموعة من الفنيات المعرفية والإنفعالية والسلوكية .

2-الخلفية التاريخية للإرشاد المعرفي السلوكي:

تنبه الفلاسفة اليونان منذ القدم إلى أن إدراك الإنسان للأشياء- وليس الأشياء نفسها- تلعب دوراً هاماً في تحديد نوع إستجابته وهي التي تسم سلوكه وتصفه بالإضطراب أو السواء، وفي هذا الصدد يقول الفيلسوف الروماني (إبكتيوس) "لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها". (إبراهيم، 1994، 273)

وقد أشار العلماء المسلمين للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شقائه، وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه إستجابات الفرد للظروف المحيطة به، فقد أوضح ابن القيم قدرة الأفكار- إذا لم يتم تغييرها- على التحول إلى دوافع ثم سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد أكبر، كما أشار الغزالي إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد إكتسابها حتى تصبح عادة.ولم يخلو التراث الإسلامي أيضاً من الإشارات الواضحة لأثر التفكير ليس فقط في توجيه السلوك ولكن أيضاً في الحالة الصحية للناس، ويبدو ذلك جلياً في القول المأثور"لا تمارضوا فتمرضوا فتموتوا". (المحارب، 2000، 04)

ويفيد (بيك) "أن العلاج المعرفي يقوم على دعائم فلسفية ليست جديدة، بل موغلة في القدم وتعود بالتحديد إلى زمن الرواقيين (Stoics) حيث إعتبر الفلاسفة الرواقيين أن فكرة الإنسان عن الأحداث وليست الأحداث ذاتها هي المسئولة عن إعتلال مزاجه، وإلى هذا المنطق الرواقي يستند العلاج المعرفي، فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع وتشويه الحقائق بناء على مقدمات مغلوطة وإفتراضات خاطئة، وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ في إحدى مراحل النمو المعرفي للفرد". (بيك، 2000، 06)

وتفترض النظرية المعرفية أنه من الممكن إحداث تغييرات إنفعالية وسلوكية وجسمية من خلال إحداث تغييرات في أفكار وإعتقادات الفرد المضطرب.

إذا تعود الجذور الأولى للإرشاد المعرفي السلوكي- كما أشرنا سلفا- إلى زمن الفلاسفة الرواقيين أمثال (زينون) و(كريزيبيوس)، وتتلخص الفلسفة الرواقية في أن " البشر يضطربون ليس من الأشياء بل من الآراء التي يعتقونها عنها"، ولم يقتصر الأمر على الفلاسفة الرواقيين بل الشرقيين أيضا مثل الفلاسفة البوذيين، إذ أكدوا أن الإنفعالات الإنسانية ترتكز على الأفكار وأن التحكم بمعظم المشاعر يكون عن طريق تغيير الأفكار، وكذلك الفلاسفة المعاصرين أمثال (كانت وجاسبر وآخرون).

وفي القرن العشرين كان هناك عدد من التطورات في مجال العلاج المعرفي أسهمت في بلورتها العديد من النظريات، مثل (فرويد) في أعماله فقد ذكر بأن "عددا كبيرا من الظواهر الهستيرية يحتمل أن تكون فكرية الأصل"، أما (أدلر) فقد قال " نحن لا نعاني من صدمات خبراتنا ولكننا نستخدم منها ما يلاءم أغراضنا ونحن محددين ذاتيا بواسطة المعاني التي نسقطها على خبراتنا، وبذلك إعتبره (أليس) المروج الأساسي للعلاج العقلاني الإنفعالي، كما يرى (أليس) أن العلاج المعرفي السلوكي قد تأثر بأعمال كارن هورني (Horney) وخاصة ما يخص العبارات القاهرة للذات مثل الينبغيات. (السقا، 2008، 2014)

وبرغم سيادة التوجه السلوكي لفترة من الوقت إلا أنه أصبح من الواضح في نهاية الستينيات أن المنحى الذي لا يؤمن بالتوسط المعرفي ليس متسعا بقدركاف لتفسير كل السلوك البشري، ويمكن تتبع بداية التحول من الإرشاد السلوكي إلى الإرشاد المعرفي السلوكي في ثلاثة تطورات كبرى في مجال العلوم السلوكية وأهمها هو نشر عالم النفس (ألبرت باندورا) لكتابة **مبادئ التعديل السلوكي** عام ((1969، وكتاب **نظرية التعلم الإجتماعي** (1971)، وفي نظريته التعلم الإجتماعي إعتبر(باندورا) أن العمليات المعرفية ذات دور كبير في إكتساب وتنظيم السلوك وأن البيئة تؤثر بشكل حتمي، وقد صاغ ذلك في صورة ما يعرف بقانون الحتمية المتبادلة.

والجانب الثاني الأساسي لإرتقاء النظرية المعرفية السلوكية أتى نتيجة الممارسة الإكلينيكية فلقد ظهر مع نهاية الستينيات وبداية السبعينات إثنان من التوجهات العلاجية وهي توجهات(ألبرت أليس) و(آرون بيك) الذين هجرا التوجه التحليلي وتوجها للعلاج المعرفي، وتزامن ذلك مع ما حدث مع بعض علماء النفس ذوي التوجه السلوكي مثل (ماهوني)و (مكينبوم) و(دافيد سون) و(جولد فرايد)، فلقد تضمنت كتاباتهم حديثا عن دور العوامل المعرفية وأساليبهم العلاجية هدفت إلى إحداث تعديل سلوكي- معرفي للمرضى.

جانب آخر ساهم في إرتقاء الإهتمام بالعلاج المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي وهو ما نادى به علماء النفس الإكلينيكي ذو التوجه السلوكي من الحاجة إلى نظرية إكلينيكية تعتمد أكثر على الجوانب المعرفية، فلقد نشرت في ذلك الوقت بعض الكتابات التي طالبت بذلك منها ما ذكره (مايكل ماهوني) في كتابه **المعرفة وتعديل السلوك 1974**)، والذي أبدى فيه تشككه في صدق وكفاية السلوكية الكلاسيكية التي لا تؤمن بدور العمليات الوسيطية، وترفض دراسة العمليات المعرفية الرمزية كتكوينات وسيطية في التعلم البشري، وبعده بثلاث سنوات نشر (مكينبوم) كتابة بعنوان **التعديل المعرفي السلوكي** الذي قدم فيه صياغة منظمة معتمدة على الدراسات الأمبريقية للعلاج، إستهدفت متغيرات معرفية في دراسة السلوك البشري إلى الحد الذي دفع إلى تأسيس مجلة **البحث والعلاج المعرفي** والذي تولى (ماهوني) تحريرها، وكانت بمثابة تجميع للبحوث التي تجري حول العلاجات المعرفية للإضطرابات النفسية. (إبراهيم، 2005، 126،125)

كما يمكن الإشارة في هذا السياق إلى أن الإرشاد و العلاج المعرفي سبق علم النفس المعرفي في الظهور، وسوف نستعرض التسلسل التاريخي لتطور هذا النموذج العلاجي والإرشادي، حيث بدأ الإهتمام بالعلاج المعرفي مع بداية النصف الأخير من القرن الماضي، وإن كان البعض من الرواد قد تزامنوا في تقديم نماذجهم في نفس الفترة.

ويشمل مفهوم العلاج ا لمعرفي مناهج عديدة تتشابه في جوهرها وتختلف في فنيات تطبيقها وعلى الرغم من أن هنالك أكثر من عشرين نوعا منها ولكن أشهرها منهج (بيك) في العلاج المعرفي، ومنهج (ألبرت أليس) في العلاج العقلاني الإنفعالي، وتأتي بعد ذلك مناهج أخرى أقل شهرة مثل منهج (مكينبوم) في تعديل السلوك المعرفي، ومنهج (ويسلر وهانكين)(Cognitive Appraisal Therapy) **العلاج التقويمي المعرفي**، الذي حاولا فيه الجمع بين العلاج العقلاني الإنفعالي ومكتشفات التعلم الإجتماعي وعلم النفس الإجتماعي المعرفي، ومنهج (كيلي) **للتصورات الشخصية**، ومنهج (ألبرت باندورا) في **التعليم الإجتماعي**، ومنهج(لازاروس) في **العلاج متعدد النماذج**، ومنهج (ماهوني) في **علاج التعلم المعرفي**، **وأسلوب حل المشكلات** لـ(قولدفرايد ، وقولدفرايد)

وكان لـ(بيك) قصب السبق فيها بعد أن نشر مقالا عام 1952 حول تطبيق العلاج المعرفي على حالة فصام مزمن، أشار فيه إلى أنه قام بإضفاء صبغة مقبولة وطبيعية على هذاءات المريض ثم طلب منه القيام بفحص منظم لمعرفة دقتها ، وقد لاحظ بشيء من الدهشة أن هذاءات المريض بدأت تختفي بالتدريج.

ثم قدم كلي(Kelly1955) أفكاره حول التصورات الشخصية وكان له كبير الأثر على بداية العلاج النفسي المعرفي، لأنه ركز على أهمية الطرق الذاتية التي ينظر ويفسر من خلالها الفرد لما يدور حوله في تغيير السلوك، حيث يرى في نظريته **(نظرية التصورات الشخصية)** أن الشخص يقوم بصياغة تصورات (توقعات) حول ما يجري من حوله ثم يتفحص هذه التصورات، وبناءا على النتائج التي يتوصل إليها يقوم بتصحيح أو تعديل هذه التصورات، أي أنه يقوم بإعطاء معاني للظواهر لكي يستطيع فيما بعد توقع ما قد يحدث ويحاول التحكم به.وبذلك يرى (كلي) أن الطريقة التي ينظر بها الناس للعالم من حولهم قد تخلق لهم الإضطرابات النفسية. حيث أن لدى كل فرد مجموعة من التصورات الأساسية التي يكون من خلالها هوية لنفسه وإضطراره للإبتعاد عن هذه الهوية في سبيل إستيعاب خبرات جديدة قد يؤدي إلى شعوره بالذنب، وقد يشعر الفرد بالقلق في حالة عدم قدرته على التوقع بما

سيئول إليه موقف معين وعدم إستطاعته بالتالي على القيام بسلوكيات ملائمة.وقد تظهر المشكلات النفسية عندما يعجز النظام التصوري لدى الفرد في توقع الحوادث أو إحتوائها ضمن الخبرات السابقة بطريقة تكفل القيام بسلوك منظم، الأمر الذي يؤدي إلى إحداث تشويه في النظام التصوري للفرد وهذا بدوره يقود إلى التوتر. ومع كل ذلك لم تلق نظرية (كلي) قبولاً كبيراً من قبل المشتغلين بالعلوم المعرفية لصعوبة فهمها، ولكثرة تفاصيلها مع قلة المنشور حولها من كتب ودراسات.

وتزامن في نفس هذه الفترة ظهور العلاج العقلاني الإنفعالي لـ ألبرت أليس (Albert Ellis) قبل التطورات الأساسية في علم النفس المعرفي وكانت نظرية علاج الإكتئاب لـ (بيك) في مراحلها الأولى. حيث كان (أليس) بصدد التخلي عن التحليل النفسي وتطوير نظرية معرفية سلوكية خاصة به، وفي الوقت الذي كان فيه بيك (Beck) يبتعد بالتدريج عن التحليل النفسي ويبني نظريته في العلاج المعرفي خطوة بخطوة، كما كان كلي (Kelly) أيضا يبلور أفكاره حول دور الجوانب المعرفية في تكيف الإنسان مع بيئته، يقول (أليس) بهذا الخصوص تزامنه مع (بيك)وبصورة مستقلة عما قمت به، بدأ أيضاً معالج تحليل نفسي آخر من فيلادلفيا (يقصد بيك) بالتخلي عن الفنيات التحليلية وتطوير نوع من العلاج المعرفي.

وقد توصل (أليس) في يناير 1955 إلى ما أسماه العلاج العقلاني (Rational Therapy) وغير إسمه لاحقاً في عام 1961 إلى العلاج العقلاني الإنفعالي (Rational Emotive Therapy). و يرجع (أليس) نشوء الأمراض النفسية إلى ما تم تعلمه من الأفكار غير العقلانية من الناس المهمين خلال فترة الطفولة بالإضافة إلى ما يبتدعه الأطفال أنفسهم من إعتقادات غير منطقية وخرافات، وبعد ذلك يقوم الناس بإعادة تنشيط هذه الإعتقادات غير الفعالة من خلال الإيحاء الذاتي والتكرار، وتنتج معظم الإنفعالات من التفكير ويشكل اللوم للنفس وللآخرين حجر الأساس في معظم الإضطرابات الإنفعالية. وهكذا فإن التطبيقات الإكلينيكية للمنظور المعرفي بصورة عامة سبقت النظرية والبحوث المنهجية المرتبطة بعلم النفس المعرفي.

3- أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي:

من بين أهداف هذا النمط الإرشادي ما يلي:

أ- تعليم المسترشد أو العميل أن يصحح أداءاته المعرفية الخاطئة والمشوهة وفي تغيير معتقداته المختلة وظيفيا والتي تعرضه لخبرات مشوهة، أي أن الهدف يتمثل في تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات وفي تعديل الأفكار والإعتقادات والإفتراضات المختلة وظيفيا والتي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك والإنفعالات.

ب- لتحقيق الأهداف السابقة يستخدم هذا النمط إستراتيجيات معرفية وسلوكية، ويتناول هذا التغير الذي يحدث عددا من الجوانب المعرفية والسلوكية والإنفعالية ويتناول هذا التغير المعرفي إثارة التغير السلوكي مما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم تدعيمه وتعزيزه عن طريق ممارسة الفرد لأنماط سلوكية جديدة ثم يحدث توسيع لهذا المنظور مدعما بالتغير الإنفعالي حيث يصبح التعلم أكثر أهمية عندما تثار الإنفعالات.

يلخص كل من (بيك وفرلمان، وبيلاك، وميكنباوم، وباترسون) أهداف العلاج المعرفي السلوكي بالنقاط التالية: (السقا، 2008، 165، 166)

1- مساعدة المسترشد كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.

2- مساعدة المسترشد على أن يكون واعيا بما يفكر فيه.

3- مساعدة المسترشد على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر السلوك.

4- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات والمعتقدات غير المنطقية المسببة للإضطراب.

5- تعلم المسترشد كيفية تقييم أفكاره وتخيلاته وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث المضطربة أو المؤلمة.

6- تعليم المسترشدين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية.

7- تحسين المهارات الإجتماعية للمسترشدين من خلال تعليمهم حل المشكلات.

8- تدريب المسترشدين على توجيه التعليمات الذاتية، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم في التفكير بإستخدام الحوار الداخلي.

9- تدريب المسترشدين على إستراتيجيات وفنيات سلوكية ومعرفية متبادلة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة ضغوط طارئة .

لذلك فإن الهدف العام لهذا النمط الإرشادي هو مساعدة الفرد على النمو وتطور المهارات المعرفية من خلال الأساليب المختلفة (حل المشكلات)، النمذجةالمعرفية، تصحيح المعتقدات الخاطئة، وكذا من خلال إعادة البناء المعرفي بالإضافة إلى ممارسة السلوك الصحيح الذي تم تعديله من خلال الأساليب الأخرى (لعب الدور- الواجب المنزلي) وبذلك فهو يهدف إلى التعديل المعرفي والسلوكي في آن واحد، ويشير بعض الباحثين أن النموذج المعرفي السلوكي يدمج بين أمرين هما:

1- الحقائق النظرية التي توصل إليها الإتجاه الذي إستمد من البنية المعرفية والعمليات العقلية إطارا مرجعيا وأساسا نظريا لتفسير السلوك الإنساني فكان التفكير والتذكر والتخيل، والإستنباط و الإستنتاج والعمليات العصبية وما يكون عليه العقل من بنية وحداته التفسيرية.

2- الأنساق الفكرية والنظريات التي أقرتها النظرية السلوكية فكان المثير والإستجابة والإرتباط بينهما والتكرار وتكوين الرابطة، والإرتباط الشرطي الكلاسيكي والإجرائي والثواب والعقاب، والأثر الناتج عنهما وكذلك قوى البيئة ومؤثرات المجال هي وحدات تفسيرية لتفسير الشخصية والسلوك الإنساني والعمليات النفسية الأخرى حيث يصعب إرجاع شخصية الفرد وسلوكه إلى واحدة من هذه الوحدات بعينها دون غيرها ولكن إلى تفاعلها الكلي الديناميكي .(السواط، 2008، 30).

وترى الباحثة أن النموذج المعرفي يهدف إلى الربط بين السلوك والمعرفة حيث تؤثر المعارف والمعتقدات على مشاعر الأفراد وحالاتهم المزاجية وبذلك على

إستجاباتهم السلوكية للمواقف والأحداث، فالمشكلات في نظر المرشد المعرفي السلوكي هي مشكلات في التفكير والإعتقادات ومعارف الفرد المضطرب .

4- مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي:

يقوم الإرشاد المعرفي السلوكي على مجموعة من المبادئ التي يرتكز عليها في تحقيق أهدافه العلاجية ومنها :(Gagnon, 2009, 2-3)

1- **المشاركة**: في هذا النمط الإرشادي المرشد ليس متحكما أو مسيطرا على العملية الإرشادية وإنما يقوم بمساعدة الفرد على فهم أفضل للمشكلة عن طريق الحوار، من أجل الفهم المشرك للعلاقة الإرشادية وكذا من أجل تقويم إفتراضات ومعتقدات المسترشد وهذا يكون دائما في جو من الثقة والمحبة والحوار المتبادل، حيث يشير بعض الباحثين أن هذا النمط الإرشادي يكون فيه الجهد تضافري بين المرشد والمسترشد.

2- **مكيف للفرد**: ليس هدف هذا النمط الإرشادي هو الإملاء على الأفراد كيف يفكرون أو يشعرون لأننا كأفراد نملك شخصيات وخبرات منفردة ومتميزة، في المقابل فإن الفرد هو أفضل من يقرر كيف يشعر في لحظة ما وكيف يريد أن يشعر، ولذلك فهذا النمط يسمح بتكييف العملية الإرشادية أو العلاجية مع أهداف الفرد المسترشد، ويساعده لإيجاد أحسن طريقة للشعور بالأفضل مستخدمين التقنيات التي توصلت الدراسات المختلفة إلى فاعليتها.

3- **التركيز على اللحظة الراهنة(الآن وهنا)**:إن الإرشاد المعرفي السلوكي يحدد الإشكالات والأعراض الأساسية التي تسبب الضيق والشدة للفرد المسترشد من أجل التخلص منها، إذن هذا النمط الإرشادي يركز حول "اللحظة الراهنة" كسبب في الإضطراب، ويستخدم في هذا الإتجاه العديد من الفنيات والمفاهيم العلاجية لتخفيف الأعراض الناجمة عن المعتقدات والأفكار غير المعقولة.

4- **الإعتراف بالفرد**: إنطلاقا من أننا متمايزون، فإن الإرشاد المعرفي السلوكي يستخدم المقاربة التي ترتكز على الحوار السقراطي و التفكير الإسقرائي من

أجل مساعدة الشخص على المعرفة، لذلك فالمعالج أو المرشد يقوم بطرح العديد من الأسئلة لفهم مشكلة المسترشد ليساعده على معرفة وإكتشاف معارف جديدة عن نفسه وعن الآخر، ولأنناكذلك عقلانيين(أي نميل إلى التفكير بعقلانية) فالإرشاد المعرفي السلوكي يساعدنا على تقييم أفكارنا ومعتقداتنا بكل موضوعية وإختبارها وذلك بتجميع الأدلة، فإذا كنا نفتقد إلى الحكم على أمر مهم،فإن إستدخال أو تمثل هذه المعلومات الجديدة يمكنها أن تحدث تغيرات في معتقداتنا.

5- **منظم وتعليمي:** في هذا النمط الإرشاد يقوم المرشد في بداية كل حصة إرشادية بإعداد جدول عمل، وتحضير وتنظيم الواجبات والتعليمات التي ستناقش خلال الجلسة أو المحاضرة، ونقاط هذا الجدول تتضمن التعليم النفسي، أي تعليم الفرد المهارات وكيفية التفكير بطريقة صحيحة وعقلانية، وكذا إختبار المشكلات الجديدة، أضف إلى ذلك مراجعة الواجبات المنزلية، إذ أن التعاون بين المرشد والمسترشد يوضح جدول الأعمال لتكون الجلسة الإرشادية ذات فائدة ومنفعة للشخص الذي يبحث عن المساعدة.

6- **تعليمي للمهارات والفنيات:** إن هدف الإرشاد المعرفي السلوكي هو تعليم الفرد مجموعةمن المهارات والتقنيات خلال الجلسات الإرشادية والتي توضح للفرد مدى فعاليتها لتخليصه من أعراض المشكلة، وهذه الأخيرة تساعد على تغيير أنماط التفكير الخاطئة، وكذا الإنخراط في سلوكيات تساعد الفرد على تغيير الطريقة التي يشعر بها.

7- **مختصر ومحدد بوقت:** تشير الأبحاث والدراسات إلى أن تخفيف أعراض أي مشكلة نفسية يكون مابين 16- 10 جلسة، في المقابل فإن أنماط إرشادية وعلاجية أخرى مثل التحليل النفسي يمكن أن تستمر لسنوات دون معرفة نهايتها، في حين يحاول هذا المنحى الوصول إلى أهدافه وهو تخليص الفرد من معاناته في أجال محددة أو أكثر إختصارا، كما يضيف بعض الباحثين مبادئ أخرى وهي:

8- **إختزال المشكلة:** يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على تخفيف المشكلة من خلال إختزالها إلى ثلاث خطوات:

1. التعرف على المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معا ليستطيع المرشد إختيار التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات.
2. التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح الإضطراب.
3. تحديد الحلقة الأولى من سلسلة الأعراض وتأكيدها لأنها قد تكون مشكلة صغيرة تحولت إلى نتائج كبيرة. (ديوب 2009)، بالإضافة إلى الخصائص والمبادئ السابقة يمكن إضافة المبادئ التالية:

1- **إستخدام الحوار السقراطي:** حيث يتم من خلاله توجيه الأسئلة من جانب المرشد ويتعلق عادة بالتفكير السلبي والمختل وظيفيا، واللاعقلاني لدى المسترشد ومثل هذه الأسئلة تعمل على حث المسترشد على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول وجهة المرشد ومن أمثلة هذه الأسئلة ما هو الدليل على أن تفكيرك صحيح؟ ما هو الدليل الذي يخالف هذا التفكير لديك ؟ وإذا كان تفكيرك صحيحا، فما هي المعاني المتضمنة وراء هذه الأفكار لديك؟ ومثل هذه الأسئلة تسهل قيام المسترشد بترجمة أفكاره التي يراها بديهية لا تقبل النقاش إلى فروض يمكن مناقشتها والتأكد من صدقها من عدمه وهذه الأسئلة تعمل على توثيق العلاقة الإرشادية بين المرشد والعميل .

2- موجه نحو المشكلة: يركز هذا النمط الإرشادي على موضوع المشكلة الحالية والراهنة وعلى الأعراض الحالية التي تظهر على المسترشد، بمعنى أن معارف"الهنا والآن" تكون هي الهدف من التغيير، وجملة القول أن المسترشد والعميل يركزان على تحديد وحل المشكلة دون الرجوع إلى خبرات الماضي والطفولة عكس النظريات السيكودينامية، فهذا النمط يرى أن المشكلات النفسية تحدث نتيجة التعلم الخاطئ وبناء إستنتاجات غير صحيحة، ويكون الهدف الأساسي إعادة البناء المعرفي للفرد . (فضل، 2008، 136)

3- **مبني على نموذج نفسي تعليمي**:حيث من خلال التعليم النفسي يمكن تقديم معلومات كافية عن الإضطراب أو المشكلة التي يعانيها المسترشد وعن طبيعتها وأسبابها وكيفية مواجهتها، لأن الفرد يأتي للإرشاد بسبب ما أكتسبه من معارف وأساليب سلوكية غير ملائمة في التعامل مع خبرات الحياة ومن خلال الإرشاد يستطيع أن يتعلم أساليب أكثر فاعلية تؤدي به إلى التوافق مع خبرات الحياة، لذلك فالمرشد بوصفه معلما يقوم بتعليم المسترشد أساليب التفكير المنطقية ويعطيه معلومات ويحدد له ما ينبغي أن يقوم به ويوجهه إلى الإستماع إلى شرائط أو حضور محاضرات تعليمية، أو تزويده بكتيبات عن الإرشاد المعرفي السلوكي ويتم مناقشتها في الجلسات القادمة. (حسين، 2008، 195)

5- مراحل العملية الإرشادية في الإرشاد المعرفي السلوكي:

يعتبر الإرشاد المعرفي السلوكي إتجاها إرشاديا مقننا يستغرق وقتا محددا في علاج المشكلات والإضطرابات التي يعاني منها الفرد، ويستخدم في سبيل ذلك قوة ثلاثية تضم إستراتيجيات معرفية، وأخرى سلوكية وثالثة إنفعالية، ويتوقف عدد الجلسات الإرشادية والوقت الذي يستغرقه البرنامج على مدى حدة وتعقد المشكلة أو الإضطراب، ومدى رغبة الفرد في إقامة علاقةإرشادية تعاونية مع المرشد، ويمر عادة البرنامج الإرشادي بالمراحل التالية: (عوض2001، عبد الوهاب 2006)

1- الجلسات التمهيدية: يتم غالبا خلالها إرساء دعائم تلك العلاقة والتي تعد ذات أهمية كبرى في تطور العملية الإرشادية وفي تحقيق ما يخطط له من أهداف ويتم خلال هذه الجلسات ما يلي:

أ – تقييم المشكلة التي يعاني الفرد منها.

ب- تقييم العوامل التي تسهم في تطور مشكلة المسترشد وتعمل على إستمرارها.

ج- مساعدة الفرد على التحديد الدقيق للمشكلات التي يعاني منها.

ويتم ذلك بإستخدام المقابلات التشخيصية كما يتم اللجوء إلى التقييم السيكومتري لمشكلات المسترشد وما قد يرتبط بها من توترات ومشكلات ثانوية.

2- **المرحلة الثانية من العملية الإرشادية:** والتي يتم خلالها تقديم النصيحة من جانب المرشد، وتدريب الفرد على إستخدام مجموعة متنوعة من الإستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يمكن أن تساعده على إدارة ومواجهة خبراته المزعجة وردود فعله الإنفعالية الحادة، أو ما قد يصدر عنه من أفعال إندفاعية، ويكمن الهدف هنا في تعزيز سلوك المسترشد وبث الأمل فيه حول إمكانية التغيير.

3- **المرحلة الثالثة:** وتتمحور هذه المرحلة حول عرض المرشد للصياغة المعرفية للأعراض المرضية التي يشعر المسترشد بها والتي يتسم بها الإضطراب الذي يعاني منه، ويقوم المرشد هنا بإجراء العديد من المناقشات التي تدورحول مدى إسهام تلك المعاني والمفاهيم التي يكونها الفرد عن الأحداث والمواقف في حدوث خبرات معينة لديه، ولذلك فإن المراحل الآتية تتركز حول تناول الأعراض المرضية ومحاولة التصدي لها من خلال تكوين مفاهيم وإعتقادات وأفكار بديله عن طبيعة تلك الخبرات، على أن تستند هذه الأفكار والمفاهيم إلى الواقع، وذلك بهدف تخليص المسترشد من الضيق والكرب والتوتر الذي يشعر به، وتعزيز محاولاته لإعادة التوافق، ويتم ذلك من خلال إعادة البناء المعرفي عن طريق التخلص من الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية أو الأفكار الأوتوماتيكية السلبية ثم إستبدالها بأفكار وإعتقادات أخرى أكثر عقلانية ،وإلى جانب ذلك يمكن إستخدام إستراتيجيات المواجهة والتي تلعب دورا جوهريا في مواجهة مشكلة المسترشد أو إضطرابه.

4- **المرحلة الأخيرة:** تدور حول إقامة وتعزيز منظور جديد لمشكلة الفرد مع التأكيد على إستراتيجيات المواجهة المعرفية والسلوكية وإعادة تدريب المسترشدين عليها من جديد، حيث أن القيام بذلك خلال هذه المرحلة تفيد في منع حدوث إنتكاسته بعد إنتهاء البرنامج، وتعرف هذه المرحلة بمرحلة الإقفال أو الانتهاء.

ثانيا - الإتجاهات النظرية للإرشاد المعرفي السلوكي:

يستعمل مفهوم الإرشاد المعرفي السلوكي مناهج عديدة تتشابه في جوهرها وتختلف في فنياتها وعلى الرغم من أن هناك أكثر من عشرين نوعا، ولكن أشهرها طريقة (بيك) في الإرشاد والعلاج المعرفي وطريقة (ألبرت أليس) في العلاج العقلاني الإنفعالي، وتأتي بعد ذلك مناهج أخرى أقل شهرة مثل طريقة (مكينبوم) في التعديل المعرفي للسلوك وطريقة كيلي (Kelly) للتصورات الشخصية، وطريقة (لازاروس) في العلاج المتعدد النماذج، ومنهج ماهوني(Mahony) في التعلم المعرفي، وأسلوب حل المشكلات لـ(جولد فرايد). (عبد الوهاب، 2006، 92).

وسنتناول في هذا الجزء ثلاث نظريات تمثل العمود الفقري للنموذج المعرفي السلوكي، وهي نظرية (بيك) في الإرشاد المعرفي، ونظرية(أليس) للإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي ونظرية (ميكينيوم)للتعديل المعرفي للسلوك كما يلي:

1- نظرية آرون بيك للإرشاد المعرفي:

1- التعريف بصاحب النظرية:

واضع هذه النظرية هو آرون بيك(Aaron Beek) المولود عام 1921، وهو من الباحثين المعاصرين خريج جامعة (براون) 1949 ،وحاصل على درجة الدكتوراه في الطب من جامعة بيل (Pale) بالولايات المتحدة سنة 1946 ،كماحصل على درجة التخصص العالية في الطب النفسي عام 1952، وعلى شهادة معهد (فيلادلفيا)للتحليل النفسي عام 1958 ،وهو باحث وممارس للتحليل النفسي، وقد صمم ونفذ عددا من التجارب لإختبار مفاهيم التحليل النفسي للإكتئاب، توقع تماما أن تثبت هذه البحوث صحة هذه المبادئ، وتفاجأ بأنها كانت عكسية، هذه النتائج قادته إلى البدء في البحث عن طرق أخرى لتصور الإكتئاب وبالعمل مع المرضى وجد أنهم يعانون من تيارات وأفكار سلبية والتي يبدو أنها تلقائية، أطلق عليها "الأفكار الأوتوماتيكية"، حصل بيك على العديد من الجوائز والدرجات الفخرية، وهو الطبيب النفسي الوحيد الذي تلقى جوائزعن بحوثه من كل من

الجمعية الأمريكية لعلم النفس، والجمعية الأمريكية للطب النفسي، وهوأيضا أحد كبار أعضاء معهد الطب في أمريكا وحصل على جائزة (سارنات) الدولية في مجال الصحة النفسية عام 2003، وجائزة (جيرومير) عام 2004 لدوره الريادي في تطوير علم النفس.نشر(بيك)أكثر من 500 بحثا وألف وشارك في تأليف 17 كتابا، وحاضر في جميع أنحاء العالم، قالت عنه الجمعية الأمريكية لعلم النفس أنه أحد الأمريكيين في التاريخ الذين شكلوا الوجه الأمريكي للطب النفسي وأحد المعالجين النفسيين الخمس الأكثر تأثيرا على مر الزمان، يشغل حاليا منصب أستاذ الطب النفسي في جامعة بنسلفانيا، وهو رئيس (معهد بيك للعلاج المعرفي والبحوث)، كما يشغل منصب رئيس فخري لأكاديمية العلاج المعرفي (غير ربحية) وهي منظمة تضم ما يزيد عن 500 من المعالجين المعرفيين في جميع أنحاء العالم، وتدعم هذه الأكاديمية التعلم المستمر والأبحاث في العلاج المعرفي، وتعمل على منح شهادات للمعالجين المهرة، يشارك بيك حاليا في عدد من الدراسات البحثية في بنسلفانيا ويقوم بمناقشة (حالة) مرة كل أسبوعين في (معهد بيك) للأطباء المقيمين وطلاب الدراسات العليا والمهنيين العاملين في مجال الصحة النفسية.(الهادي 2008)

2- تعريف الإرشاد المعرفي:

يرفض الإرشاد المعرفي ما تنادي به مدرسة التحليل النفسي من أن اللاشعور هو مصدر الإضطراب النفسي، وكذلك ما تنادي به المدرسة السلوكية بما تعطيه للسلوك من أهمية، حيث يعتبرالإرشاد السلوكي محدودا لأنه يهمل تفكير المرضى حول أنفسهم وحول المعالج وحول عملية العلاج نفسها، ويقوم الإرشاد المعرفي على الفكرة القائلة بأن ما يفكر فيه الناس وما يقولونه حول أنفسهم وكذلك إتجاهاتهم وآراؤهم ومثلهم إنما هي أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكهم السوي والمريض (الشناوي و عبد الرحمن، 1994، 146)

كما أن الإرشاد السلوكي يتضمن تعديل وتغير السلوك كما يبدو من الأعراض السلوكية المرضية، ويعتبر الإرشاد السلوكي تطبيقا عمليا لقوانين

ومبادئ التعلم في مجال العلاج والإرشاد النفسي، في حين أن الإرشاد المعرفي يتضمن تعديلا وتغييرا للجوانب العقلية المعرفية لدى العميل مما يترتب عليه تغيير السلوك ويستخدم فنيات معرفية تتناول المعتقدات والأفكار. (زهران، 1994، 297)

ويمكن تعريف الإرشاد المعرفي بأنه شكل من أشكال الإرشاد النفسي يقوم على فكرة رئيسية مفادها أن إنفعالات الفرد وسلوكه ترتبط بشكل كبير بالتفكير لديه، فإدراك وتفسير الأحداث يؤثر في الإستجابات الإنفعالية والسلوكية للفرد وأن الإضطرابات الإنفعالية هي نتاج تفسيرات وأفكار وإعتقادات وتأويلات محرفة ومشوهة لخبرات الحياة، ولقد سمي بالإرشاد المعرفي لأن الفنيات التي يستخدمها تكون موجهة نحو تغيير الأخطاء والتحريفات المعرفية لدى العميل، وهذا يشمل الطريقة التي يدرك بها العميل الموقف والإفتراضات التي يكونها عن الذات والعالم والمستقبل والتي تؤدي إلى هذه الإضطرابات. (حسين، 2008، 159)

ويمكن تعريف الإرشاد المعرفي أيضا بأنه نسق من الإرشاد أعده (بيك) يؤكد فيه على أهمية الإعتقادات والتفكير في تحديد السلوك والمشاعر لدى الفرد وهو يركز على فهم الإعتقادات المحرفة والمشوهة، ويستخدم فنيات معرفية لتغيير أنماط التفكير غير التوافقي لدى المسترشد، وكذلك يتضمن فنيات سلوكية لتحقيق هذا الهدف، وفي العملية الإرشادية يكون الإهتمام منصبا على الأفكار التلقائية التي يكون الفرد على غير وعي بها وعلى أنساق الإعتقادات السلبية لديه.

ويعرف (آرون بيك) الإرشاد المعرفي بأنه طريقة بنائية مركبة، ومحددة الوقت وذات أثر توجيهي فعال يتم إستخدامها في علاج بعض الإضطرابات النفسية مثل القلق والإكتئاب والمخاوف المرضية ومشكلات الألم وغيرها، ولقد حدد (بيك) أهم المهام المرتبطة بالإرشاد المعرفي والتي يتعين القيام بها وهي :

1- تعليم المسترشدين أن يحددوا وأن يتعرفوا على أفكارهم الخاطئة التي ترتبط بالإنفعالات المؤلمة والسلوك المضطرب لديهم.
2- تعليم المسترشدين تصحيح ما لديهم من أفكار ومعتقدات خاطئة وتحريفات.

3- مساعدة الأفراد المضطربين على تغيير المخططات الكامنة والمختلة وظيفيا لديهم.

4- تدريبهم على الفنيات السلوكية والمعرفية لمقاومة أفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة.

5- ومن هنا فإن الإرشاد المعرفي يتم في إطار علاقة تعاونية بين المسترشد والمرشد، ويلعب هذا الأخير دورا تعليميا في مساعدة المسترشدين على فهم الإعتقادات الخاطئة والمحرفة لديهم، وتقديم طرق لتغيير هذه الإعتقادات وفي تنفيذ ذلك يستخدم المرشد مجموعة من الفنيات.(حسين، 2008، 158، 157)

كما يعرف بأنه إرشاد مباشر تستخدم فيه آليات وأدوات معينة لمساعدة المسترشد على تصحيح أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل إنفعالي وسلوكي، ويكون جوهر الإهتمام في الإرشاد المعرفي ينصب حول إكتشاف العوامل والمكونات المعرفية المؤثرة، وهدا ما يطلق عليه إسم الأبنية المعرفية، كما يؤمن الإتجاه المعرفي بالإفتراضات التالية :

1. هنالك أسباب متعددة للإضطرابات (النفسية، البيولوجية، الإجتماعية).
2. تلعب خبرات الطفولة دورا في التأثير على إكتساب الأفكار والمعالجات المعرفية غير السوية.

3- فلسفة النظرية ومفاهيمها:

يعد النموذج الذي قدمه (آرون بيك)من أبرز النماذج الإرشادية المعرفية السلوكية وأكثرها شيوعا، إذ يعتبر منهجا فينومونولوجيا ومعرفيا معا، ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف ومعتقدات الفرد في (الهنا والآن) كسبب في الإضطراب، فإنه يستعين أيضا ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل.

ويرى (بيك) أن الشخصية تتكون من مخططات أو أبنية معرفية Schemes تشتمل على المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والإقتراحات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكتسبها خلال مراحل النمو.

كما يرجع (بيك) الأمزجة النفسية والمشاعر السالبة إلى المعارف المحرفة وغير العقلانية، فالفرد المضطرب يكوّن رأيا عن نفسه وعن العالم وعن الماضي والحاضر والمستقبل وعقله مملوء بالمعارف السالبة والمقدمات الخاطئة والتشويهات المعرفية.(محمد، 2000، 165)

ويرى (بيك) أن الأبنية المعرفية تميز الإضطرابات الإنفعالية وتؤثر على إدراكات الفرد والتفسيرات التي يقدمها للأشياء، ومن المحتمل أن يتم تشويه تلك الخبرات حتى تتناسب مع هذه الأبنية، ولذا نجد الفرق في ضوء هذه النظرية بين إضطرابي القلق والإكتئاب يتمثل في تحديدهما في إطار أبنية معرفية مختلفة، حيث نلاحظ أن الأبنية المعرفية في حالة الإكتئاب تتعلق بالآراء والمفاهيم السالبة عن الذات والعالم والمستقبل في حين تتعلق الأبنية المعرفية في حالة القلق بالخطر وإحتمال التعرض له.

أما عن ردود الفعل الإنفعالية فإن الناس تنفعل بالأحداث وفقا لمعانيها لديهم، ويؤدي تفسيرهم للأحداث إلى إستجابات إنفعالية مختلفة، وحين يفكر الفرد على أساس تفسيرات خاطئة لمواقف الحياة يقوم البناء المعرفي لكل منها بتعبئة الفرد للإستجابة لها، ويصدر عنها وجدانا يتفق معها سواء كان ذلك قلقا أو حزنا أو حبا... الخ، وبذلك تصبح الحالة الوجدانية هي نتيجة لتلك العمليات المعرفية.

يهتم (بيك) بالأفكار التلقائية أو الأوتوماتيكية السلبية أو التي تظهر وكأنها منعكسات آلية، وتتميز هذه الأفكار بأنها تعكس مضامين موضوعات معينة تؤدي إلى زملة مرضية وتكون عند حافة الوعي وتسبق بعض الإنفعالات، ويتسق مضمونها مع هذه الإنفعالات وتعد معقولة من وجهة المريض الذي يحاول حبسها ولكنها تلح في الظهور.ويذهب (بيك) إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها، ومن أمثلته التمثل الشخصي (Personnalization) أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض، والتفكير المستقطب (Polarized)، أي التمركز عند أحد طرفين متناقضين،

والإستنتاج التعسفي أي الإستدلال اللامنطقي، والمبالغة في التعميم، والتضخيم والتحجيم والعجز المعرفي.(محمد، 2000، 68)

وإذا كان الإرشاد المعرفي وفقا لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ والتشويهات المعرفية فإنه يعتمد على عدة أسس ومبادئ منها المشاركة الإرشادية الوجدانية، وتوطيد العلاقة مع المسترشد وإختزال المشكلة أي تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها ومعرفة كيفية الإرشاد وذلك بإستخدام فنيات عديدة بعضها معرفي مثل المناقشة والمراقبة الذاتية، والإبعاد، وإعادة التقييم المعرفي، وبعضها سلوكي كالواجبات المنزلية و النمذجة والتخيل، ولعب الدور، ويرى (بيك) أن الفنيات السلوكية ذات فاعلية لأنها تؤدي إلى تغييرات معرفية وسلوكية لدى الحالات.

4- أهداف الإرشاد المعرفي:

إن الإرشاد المعرفي يهتم في المقام الأول - كما عرفنا سابقا- بالإعتقادات والإفتراضات الخاطئة والتي تسبب الإضطرابات الإنفعالية والسلوك غير السوي للفرد، فعندما يواجه الفرد موقف أو حدث مؤلم تتكون لديه أفكار ومعتقدات مختلة عنه، وهي أفكار عن الحدث أو الموقف وتتضمن ماذا يعني هذا الموقف بالنسبة للفرد؟ وماهي الأفكار التي تتولد عنه ؟ وأفكار تتعلق بما يمكن فعله وأداؤه للتغلب على الموقف وماهي الخيارات التي يقوم بها إتجاهه؟ وأخيرا أفكارا عن الكيفية التي يستجيب بها الفرد ويتعامل مع الموقف.

والهدف الرئيسي للإرشاد المعرفي هو أن يصبح المسترشد على وعي بالأفكار التلقائية السلبية لديه وإستبدال هذه الأفكار بمعارف أكثر دقة وموضوعية، أي مساعدة الأفراد على بناء تفكيرهم حيث أنهم يفسرون الأحداث ويرون أنفسهم والعالم من حولهم بطريقة خاطئة .

كما يهدف الإرشاد المعرفي إلى مساعدة المسترشدين على إستكشاف أنماط الإعتقادات الكامنة لديهم والتي تؤدي إلى التفكير السلبي وغير السوي،

ومن ثم فهو يتيح للأفراد إستكشاف أفكارهم وإستبدالها بأفكار مفيدة وواقعية لكي يمكنهم من إدارة الإنفعالات بفاعلية، فالبعض من الباحثين يرون أن عقل الفرد أشبه بحقيبة سفر تجمع فيها العديد من الإعتقادات والأفكار والذكريات والخبرات، وبعض هذه الأفكار والمعتقدات يكون مفيدا وإيجابيا وبعضها الآخر سلبي وغير واقعي، ومن هنا فالإرشاد المعرفي يساعد المسترشد على محو وإزالة الأفكار السلبية والإعتقادات الخاطئة التي تسبب لهم الصعوبات وإستبدالها بأفكار وإعتقادات واقعية ومنطقية تساعدهم على التحكم في إنفعالاتهم وسلوكياتهم.(حسين، 2008، 16)

وتتحدد أهداف هذا المنحى الإرشادي في التعرف على المعارف المختلة والمضطربة وظيفيا والمرتبطة بمشكلة المسترشد والتعرف على العلاقة بين المعارف والوجدانات والسلوكيات وفحص الأدلة التي تفند الإعتقادات والأفكار السلبية أو تقبلها، وبذلك تشجيع المسترشد على مقاومة ودحض هذه الأفكار والإعتقادات الخاطئة وتكوين إعتقادات وأفكار أكثر فاعلية ومنطقية، فالإرشاد المعرفي ليس هو تعليم التفكير الإيجابي، بل هو عوضا عن ذلك يسعى إلى مساعدة المسترشد على إدراك ورؤية الحياة والمشكلات لديه من منظور واقعي، بمعنى أن الإرشاد المعرفي يشجع الفرد على التفكير المنطقي والدقيق والصحيح وإستبدال الينبغيات لدى الفرد بالتفضيلات وتكوين فلسفة سليمة في الحياة.وفي ضوء ما تقدم نخلص إلى أن الإرشاد المعرفي يركز على تغيير أفكار الفرد بحيث يتغير سلوكه وحالته الإنفعالية، وفي البداية فقد أستخدم هذا المنحى مع مرضى الإكتئاب ولكن أصبح يستخدم الآن في علاج تشكيلة واسعة من الإضطرابات النفسية.

ومن أهم الأفكار المشوهة التي تحدث عنها (بيك) والتي تؤدي إلى الاضطرابات الإنفعالية لدى الأفراد والتي لخصها إبراهيم عبد الستار وأطلق عليها أخطاء التفكير ما يلي: (إبراهيم، 356،1994)

1- **الإستنتاج الإعتباطي**: ويعني وصول الأفراد إلى بناء إستنتاجات خاطئة في الموقف لعدم وجود بيانات كافية.

2- **التحديد الإنتقائي:** حيث يركز الأفراد على النقاط السلبية في الموقف مع تجاهل العناصر الإيجابية.

3- **التعميم المبالغ فيه:** حيث يعمم الأفراد أحكامهم من خلال موقف واحد على جميع المواقف والأحداث الأخرى، فإذا فشل الفرد في تحقيق هدف ما لديه قد يعمم ذلك ويقول إنني فاشل.

4- **التضخيم والتهوين:** وتعني المبالغة في أهمية وتقدير الجوانب والأحداث السلبية، والتهوين والتحقير من شأن الأحداث الإيجابية.

5- **التفكير أحادي الرؤية:** بمعنى التطرف في الأحكام على الأشياء، فالأشياء إما بيضاء أو سوداء، مثل أن يرى الفرد أن الحياة إما أن تكون سعادة تامة أو تعاسة كاملة ولا يمكن أن تكون بين هذا وذاك.

6- **التفكير الكوارثي:** حيث يعتبر الفرد الأمور البسيطة على أنها كارثة ومصيبة مثل أن يقول الفرد لنفسه إنها كارثة إذا ما رفضني رب العمل.

7- **التفكير القائم على الينبغيات والحتميات:** مثل يجب أن أفعل كذا أو ينبغي أن أكون كذا، فالشخص العصبي يكون غير سعيد لأنه غير قادر على التخلص من أفكاره مثل (يجب، ينبغي، ويتحتم....).

8- **الميل إلى لوم الذات وإنتقادها وإدانة الآخرين:** فعندما لا تسير الأمور على النحو الذي يريده الفرد يميل إلى التحقير والتقليل من ذاته وإبراز عيوبها ونواقصها، كما يميل إلى إتهام الآخرين ولومهم وإدانتهم.

9- **التفكير القائم على المقارنة:** حيث يقارن الأفراد أنفسهم بالآخرين مثل أن يقول الفرد لنفسه أنا مختلف عنهم أو هم أشطر مني ...الخ .ويضيف عبد اللطيف أبو أسعد إلى التشويهات المعرفية السابقة مايلي :

10- **الشخصنة:** جعل حادثة غير مرتبطة بالفرد ذات معنى مما يسبب تشوها معرفيا مثلا قول أحدهم تمطر دوما عندما أريد الذهاب إلى السوق . (أبو أسعد، 2011، 311)

11- **التسمية أو فقد التسمية:** فنظرة الفرد عن نفسه تنتج من تسمية الذات نتيجة بعض الأخطاء، فالفرد الذي لديه حوادث من عدم اللباقة مع بعض الأقارب قد يقول "أنا لست محبوبا ".

كما لاحظ (بيك) أن التشويه المعرفي الذي يتضمن المشكلات السابقة قد يرجع إلى أن الأشخاص المضطربين يعتنقون (ثالوثا سلبيا) من الإعتقادات تشتمل على مايلي:

- رأي عن الذات بإعتبارها غير ذات قيمة وقاصرة .
- رأي عن العالم بإعتباره متوحشا .
- رأي يائس عن المستقبل. (أبو أسعد 2011، 312)

وهذه الأفكار والمعتقدات الخاطئة عندما يتم تقبلها وتعزيزها عن طريق التسميع الذاتي الذي يستمر الفرد في تكراره لنفسه، فإن ذلك يقوده إلى الإضطراب الإنفعالي بسبب عدم قدرته على التخلص من هذه الأفكار والمعتقدات غير المعقولة والمستحيلة أحيانا والتي تبدو في عبارات يجب، ينبغي، ويتحتم ولابد، وحين يقبل الفرد هذه المعتقدات يصبح مقهورا وعدوانيا دفاعيا، شاعرا بالذنب وعدم الكفاءة والقصور وعدم القدرة على الضبط كما يشعر بالتعاسة والشقاء. (حسين، 2004، 90 - 91)

5- فنيات وأساليب الإرشاد المعرفي:

هناك عددا من الأساليب التي تستخدم في هذا الإتجاه ومنها: (فضل شعبان2008، طه عبد العظيم حسين 2008)

1- **التعرف على الأفكار المشوهة والأوتوماتيكية (التلقائية) والعمل على تصحيحها:** ويقصد بها تلك الأفكار التي تعطل قدرة الفرد على التعامل مع خبرات الحياة، وتعطل التناغم الداخلي للفرد وينتج عنها ردود فعل إنفعالية زائدة وغير ملائمة، وقد لا يكون الفرد على وعي بها حتى تستطيع أن يحددها وبالتالي التعامل معها بغرض تصحيحها وتعديلها، ولكن مع التدريب والتعليم يصبح بإمكانه فعل ذلك.

2- **الإبعاد والتركيز**: يطلق (بيك) على العملية التي ينظر المسترشد من خلالها إلى أفكاره بطريقة موضوعية (الإبعاد) وهي تشتمل على إعتراف الفرد بأن الأفكار التلقائية ليست هي الواقع، وبالتالي التركيز على عملية تصحيح أو تعديل لها، ويكون من نتائجها التكيف مع الموقف أو الحدث وتعديل السلوك.

3- **ملء الفراغات**: عندما يتحدث المرضى عن الأحداث التي يواجهونها وردود فعلهم إتجاهها، يتضح أن هناك فجوة توجد بين المثيرات والإستجابات، وتتمثل هذه الفجوة في الأفكار والمعتقدات وتقع على المعالج مهمة ملء الفراغ، ويتم ذلك بتعليم المسترشد أن يركز على الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير وردود فعله إزاءه.

4- **تدقيق الإستنتاجات**: ويتم ذلك بتدريب المسترشد وتعليمه كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة، وأن تتسم إستنتاجاته في المواقف بالواقعية، وهو ما يحتم على المرشد مساعدة المسترشد على القيام بعملية الإستنتاج، وعلى تحديد الإستنتاجات بشكل جيد والعمل على تمحيصها وتقييمها في ضوء الواقع.

5- **تغيير القواعد**: يحدث الإضطراب النفسي عندما يستخدم الفرد قواعد غير واقعية ومطلقة بشكل إختياري وغير مناسب، ويحاول الإرشاد المعرفي أن يحل محلها قواعد أكثر واقعية وأكثر تكيفا، وهي في الغالب تركز على الخطر في مقابل السلامة، وعلى الألم مقابل السرور، وتشتمل الإتجاهات التي تهيئ الناس للحزن الزائد أو الإكتئاب ما يلي:

1. لكي أكون سعيدا يجب أن أكون ناجحا، مقبولا، ذا شعبية، مشهورا، ثريا، ... الخ
2. إذا بدر مني خطأ فإني أكون غير كفء.
3. لا يمكنني أن أعيش بغير حب.
4. عندما يختلف الناس معي فإن ذلك يعني أنهم لا يحبونني.

وهذه المعتقدات تصاغ في صور مطلقة أومتطرفة، ولا يمكن الوفاء بها، ويشتمل أحد الأساليب الأساسية للعلاج المعرفي على جعل إتجاهات المسترشد صريحة

وواضحة ومساعدته على تقدير ما إذا كانت هذه الإتجاهات ضارة به ومدمرة لذاته، ويصبح دور المرشد هو إقتراح قواعد بديلة ليأخذها المسترشد بعين الإعتبار.

6- **التحويل:** ويعني تحويل إهتمام المسترشد من التركيز على الواجبات المطلقة التي نسب له الإضطراب إلى أوجه نشاط عديدة مثل الألعاب الرياضية والأنشطة الفنية والإجتماعية.

7- **التحصين التدريجي:** ويقوم هذه الطريقة على تشجيع المسترشد على مواجهة مواقف القلق تدريجيا، ويتمثل الهدف الرئيسي من ذلك في تحديد المشاعر العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، ويكون ذلك من خلال التعريض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث إستجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماما خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد أي إلى أن تلغى العلاقة الشرطية بين المثير والإستجابة. (محمد، 2000، 71)

ويضيف بعض الباحثين فنيات أخرى منها(التخيل، تحدي التفكير ثنائي القطب، إعادة العزو، تسمية التشويهات، اللامصيبة أو اللاتهويل، قائمة الإيجابيات والسلبيات والموازنة بينها). (أبو أسعد، 2011، 315)

6 - وجهة نظر آرون بيك في علاج الضغوط النفسية:

يذهب (بيك) في تعريفه للضغط النفسي على أنه" إستجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضعف من تقدير الفرد لذاته أو مشكلة ليس لها حل تسبب له إحباطا وتعوق إتزانه، أو موقف يثير أفكارا عن العجز واليأس والإكتئاب، فطريقة تفكير وإدراك وتفسير الفرد للموقف تحدد مدى تأثره وبذلك فالمتغيرات المعرفية هي التي تحدد تأثر الفرد بالموقف الضاغط وقدرته على المواجهة، كما أنه تحدد رؤيته لنفسه ومستقبله وعالمه" .(عوض، 2001، 41- 40)

كما يفسر (بيك) الإحساس بالضغط على أنه ينتج من مجموعة من الأفكار التي ترتبط بفكرة الشخص عن ذاته وعالمه والمستقبل "الثالوث المعرفي"، والواجبات التي

يفرضها سواء على ذاته أو على عالمه، وقد تنتج هذه الأفكار من اللوم المستمر للذات أو التعميم الزائد أو المبالغة في تقييم الأحداث، وكلها أمور تكون في معظمها مكتسبة من خلال عملية التنشئة الإجتماعية . (عوض، 2001، 56)

ويذكر(بيك) أن ردود الفعل الإنفعالية ليست إستجابات مباشرة ولا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي، وإنما يجري تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي العقلي الداخلي،وقد ينتج من عدم الإتساق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية وجود الإضطرابات الإنفعالية . (الشناوي وعبد الرحمن، 1998، 147)

ويقول كذلك بأنه عندما يقع الفرد تحت ضغوط أو يكون محبطا يفقد القدرة على التفكير السليم، فيلجأ إلى كثير من التحريفات عند التفاعل مع الأحداث التي يواجهها، فإذا كان سبب الإحباط والإنزعاج مجموعة من المفاهيم السلبية، فإن تصحيح هذه المفاهيم والمعتقدات المتسلطة ربما يرفع أعراض الخلل، فالمخطط السلبي سيسيطر على توظيف العمليات المعرفية للأفراد المحبطين وبذلك تجعلهم يميلون إلى تحريف الحقيقة في إتجاه سلبي في تفسيرهم للأحداث الضاغطة. ويشير كذلك بأن البناء المعرفي للفرد في "الهنا والآن" بما يحتويه من معلومات ومعتقدات ومفاهيم وإفتراضات وصيغ أساسية والتي يكتسبها خلال مراحل حياته المختلفة تؤثر على إدراكات الفرد وتفسيراته للأحداث المختلفة، وبالتالي تؤدي إلى إستجابات إنفعالية مختلفة ويرجع (بيك)تعدد إستجابات الفرد الإنفعالية إلى إختلاف وتنوع الأبنية المعرفية لديه، وهذا وقد أكد (بيك)على أن لكل فرد حساسيته الفريدة التي تميل به إلى المعاناة النفسية، كما أن الحساسية الخاصة للشخص يستثيرها عادة نوع من الضغوط الخاصة بها، ونظرا لأن الناس يختلفون إختلافا كبيرا في حساسيتهم للمواقف فإن ما يشكل مصدر ضغط لشخص قد لا يكون كذلك لآخر، وتؤدي الضغوط إلى خلل في النشاط العادي للتنظيم المعرفي، وحين يكون الفرد مهدد، فإن النظم المعرفية تنشط، وينزع الفرد إلى إصدار أحكام متطرفة ومطلقة ومنحازة، ومن ثم يفقد القدرة على التحكم الإرادي في عمليات التفكير، وتنخفض قدرته على التخفيف من التفكير الحاد أو المضطرب ويصاحب ذلك نقص القدرة على التركيز والإستدعاء ... الخ. (مليكه، 1990، 228)

كما أوضح (بيك) أن الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية) التي تسبق المشاعر السالبة تؤدي إلى التشويه المعرفي، كتفسير الأحداث من وجهة نظر شخصية (تطرف التفكير)، والتفكير المستقطب أي التمركز عند أحد الطرفين والإستدلال اللامنطقي والمبالغة والتعميم الزائد أي تعميم نتيجة معينة على كل المواقف والتضخيم والتحجيم...الخ من التشويهات المعرفية التي يضفيها الفرد على الأحداث مما يزيد من إحساسه بتهديد المواقف التي تواجهه وبذلك الإحساس بضغطها وتهديدها.

ولذلك فإن مبدأ الإرشاد عند(بيك) للتخلص من الضغوط هو تغيير الإفتراضات والإعتقادات الخاطئة التي تعمل على بقاء الضغوط الإنفعالية والسلوكية غير السوية، حيث يتمثل الهدف الرئيسي للإرشاد المعرفي في تغيير تفكير العميل عن طريق إستبدال الأفكار غير التكيفية بأفكار أخرى أكثر فعالية، مستخدما مختلف الأساليب والفنيات الإرشادية التي يتضمنها منهج (بيك) للإرشاد المعرفي.

2 - نظرية ألبرت أليس للإرشاد العقلاني الإنفعالي:

1- التعريف بصاحب النظرية:

ولد(ألبرت أليس) سنة 1913 في مدينة (يتسبرغ في بنسلفانيا)، وأنتقل مع عائلته إلى مدينة (نيويورك) وفيها مضى معظم سنوات حياته، وفي عام 1934 تخرج من كلية نيويورك متخصصا في مجال الأعمال حتى بداية الأربعينيات من القرن الماضي، وفي عام 1943 حصل على درجة الماجستير في علم النفس، وفي1947 حصل على درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي من جامعة (كولومبيا)، بدأ (أليس)حياته العملية محللا نفسانيا، وأستمر في إتباع المذهب الفرويدي حتى عام 1953 حينما سئم ممارسة أسلوب فرويد وبدأ ممارسة أفكاره النظرية الخاصة التي بذرت الإرشاد المعرفي، وسميت نظريته لاحقا **الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي** ونشرت نظريته تفصيليا في كتابه **(العقل والعاطفة في العلاج النفسي)**

عام 1962. إعتمد (أليس) في نظريته على الفلسفة الرواقية وفلسفة (بوذا) وسميت نظريته في البداية (**العلاج العقلاني**) وفي سنة 1961 عدل إسم النظرية إلى (**العلاج العقلاني الإنفعالي**) وأخيرا وفي عام 1993 عدل إسم النظرية إلى (**العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي**) حيث إعترف (أليس) في مقالته حول الموضوع أنه كان مخطئا منذ البداية في إستعمال إسم آخر للنظرية، أنشأ (أليس) في عام 1958 معهدا علميا غير ربحي يسمى الآن (معهد ألبرت أليس) حيث وفر هذا المعهد التدريب والبرامج العلاجية لمئات الآلاف من المهنيين والأفراد والأسر.

نشر أليس خلال حياته المئات من المقالات والبحوث العلمية والأشرطة المرئية والصوتية وفي عام 2005 نشر كتابه الثامن والسبعون (**طريق تقدير الذات**).ترأس أليس حتى وفاته قسم علم النفس الإرشادي في الجمعية النفسية الأمريكية وجمعية الدراسة العلمية للجنين وكان عضوا فاعلا في العديد من الجمعيات والمؤسسات العلمية. وفي عام 2003 منحت الجمعية النفسية الأمريكية (ألبرت أليس) لقب العالم النفسي الثاني الأكثر تأثيرا في القرن العشرين بعد (كارل روجرز)، وأخيرا فإن 7٪ من المعالجين والمرشدين في الولايات المتحدة الأمريكية في تسعينات القرن الماضي تم إحصاؤهم على أنهم يتبعون العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي في عملهم، توفى ألبرت أليس في 24 جوان 2007 . (نمير حسين 2008)

2 - تعريف الإرشاد العقلاني الإنفعالي:

يعتبر الإرشاد العقلاني الإنفعالي أحد المداخل المعرفية السلوكية الحديثة في الإرشاد النفسي والذي يولي إهتماما خاصا بالدور الذي يلعبه التفكير في نشأة وإستمرار الإضطرابات الإنفعالية والمشكلات السلوكية للفرد، وهو بذلك مدخل فعال للتعامل مع الأفراد الذين لديهم الرغبة لإحداث تغييرات في حياتهم، والهدف من الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي ليس مجرد تخليص الأفراد من معتقداتهم اللاعقلانية وأفكارهم غير الواقعية ولكن خفض إضطراباتهم الإنفعالية إلى أدنى مستوى، وذلك من خلال العمل على إكسابهم فلسفة أكثر عقلانية وذات فائدة في إدارة الحياة ليكون التفكير العقلاني أسلوبا للحياة. (عبد الله، 2009، 50) .

وفيما يلي عرض لمجموعة تعاريف لهذا المنحى الإرشادي:

يعرفه طه عبد العظيم حسين (2004): بأنه أسلوب أو نظرية من نظريات الإرشاد النفسي تستخدم فنيات معرفية وإنفعالية لمساعدة العملاء في التغلب على ما لديهم من أفكار ومعتقدات خاطئة وغير عقلانية والتي يصاحبها إضطراب في سلوك وشخصية الفرد وإستبدالها بأفكار ومعتقدات أكثر عقلانية ومنطقية تساعده على التوافق مع المجتمع". (حسين، 2004، 86)

ويعرفه محمود إبراهيم (1992)بأنه أحد الأساليب الإرشادية الذي قدمه (أليس) ويهدف إلى تحديد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية واللامنطقية في سلوك العميل وتعديلها إلى أفكار ومعتقدات عقلانية منطقية سليمة وتبنى العميل فلسفة جديدة في الحياة. (إبراهيم، 1992، 18)

ويعرفه عادل عبد الله محمد (2000) بأنه نمط إرشادي تتمثل أهدافه في خفض حدة الإضطرابات الإنفعالية إلى أقل حد ممكن ومساعدة العميل على التحليل المنطقي لإضطرابه مما يساعده في تحقيق الهدف السابق، إضافة إلى تحقيق قدر مناسب من الصحة النفسية تحقق للفرد التوافق وتجعل منه إنسانا سويا.

وإذا كانت عملية الإرشاد في ضوء هذا الإتجاه تتمثل في علاج اللامعقول بما هو معقول فإن دور المعالج يتمثل في مساعدة المريض من التخلص من الأفكار والإتجاهات اللاعقلانية واللامنطقية وأن يحل محلها أفكارا وإتجاهات عقلانية ومنطقية .(محمد، 2000، 72)

3 - الإطار الفلسفي للنظرية:

تستند هذه النظرية إلى الأفكار التي نادت بها المدرسة الرواقية والأبيقورية والتي ترى أن الأشياء في ذاتها وطبيعتها لا تثير الخوف أو القلق لدى الفرد ولكن الآراء التي يكونها الفرد عن هذه الأشياء و الموضوعات أو الطريقة التي يدرك بها تلك الأشياء هي السبب الحقيقي وراء ذلك.

وبعبارة أخرى فإن الإضطرابات الإنفعالية في نظر (أليس)تعتمد على وجود أفكار ومعتقدات خاطئة لدى الفرد، وأن الفرد مسؤول عن إزعاج نفسه إلى حد

كبير بسبب أفكاره اللاعقلانية، ولقد رأى "أليس" أن الأفراد نادرا، إن لم يكن مستحيلا ما يكون لديهم أفكارا ومشاعر وسلوكيات نقية، وأن رد الفعل عبارة عن حالة مركبة من الإدراك أو التفكير والعمليات الحسية الحركية، فالتفكير والإنفعال لا يمثلان عمليتين منفصلتين أو مختلفتين لكنهما يتداخلان على نحو ذو دلالة ويعملان في علاقة (السبب والنتيجة)، حيث يؤدي التفكير إلى الإنفعال كما يؤثر الإنفعال على التفكير وعلى السلوك. (كامل 2008)

ومن الخطأ القول أن تغيير الإنفعالات وحدها يؤدي إلى تغيير التفكير أو أن تغيير التفكير يؤدي إلى تغيير الإنفعالات والحقيقة أن هناك علاقة دائرية بينهما، فإنفعالات الفرد سواءً الإيجابية أو السلبية غالبا ما تكون مرتبطة بأفكاره ومعتقداته نحو المواقف والأشياء المختلفة، فالأفكار تؤثر على مشاعر الفرد وسلوكه، كما أن الإنفعالات تؤثر على أفكاره وسلوكه، كما أن التصرفات السلوكية تعكس ما لدى الفرد من أفكار ومشاعر، ومن ثم فإن حدوث تغيير في جانب من هذه الجوانب الثلاثة يؤثر بالتالي على الحالتين الآخرين. (بهنسي، 2005، 213)

4- أهداف الإرشاد العقلاني الإنفعالي:

يهدف هذا المنحى الإرشادي إلى ما يلي:

1. الكشف عن الأفكار والمعتقدات الخاطئة وغير المنطقية لدى الأفراد والتي هي المصدر الأساسي في إضطراباته الإنفعالية.
2. مساعدة المسترشد في التغلب على الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي تسبب له الإضطراب وإستبدالها بأفكار جديدة أكثر عقلانية ومنطقية وذلك من خلال مناقشة وتحليل وتفنيد أو دحض الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد.
3. تزويد الفرد بالمعلومات والأفكار الصحيحة التي تعينه على التوافق في حياته.
4. مهاجمة الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد ومساعدته في التوقف عنها، وهو بذلك لا يهاجم المسترشد مباشرة وإنما يهاجم معتقداته غير

الواقعية وتنمية مقدرته الذاتية على تحمل الإحباط المرتبط بالأفكار والعادات والآراء.

كما يشير(أليس) إلى أن أهداف الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي هي تمثل إشباعات لعدد من الحاجات وتتشابه إلى حد ما مع نظريات (فرويد، سكنز، ماسلو، روجرز) وتلك الأهداف هي الإهتمام بالذات وتوجيهها، القدرة على التحمل، تقبل الذات، المرونة، الإلتزام، التفكير العلمي، الرضا عن الذات، تقبل التغيير.(عبد الله، 2009، 22).

ونخلص مما سبق أن هذا المنحى الإرشادي يهدف إلى إكساب المسترشد الإستبصار عن طريق:

أ- فهم إرتباط الشخصية الخاذلة لذاتها بأسباب سابقة تكمن أساسا في معتقدات الشخص وليس في إطار أحداث منشطة (ماضية أو آنية).

ب- أن يفهم المسترشد أنه بالرغم من كونه كان مضطربا إنفعاليا، إلا أنه مضطرب الآن لأنه لازال يفرض على نفسه نوع من المعتقدات الخاطئة، ولا يستطيع التخلص منها إلا بإعترافه الكامل بمسؤوليته عن هذه المعتقدات.

ج- إعتراف المسترشد بوضوح تام بأن نزعته هو للتفكير غير المنطقي هي التي خلقت إضطرابه الإنفعالي بالدرجة الأولى.

ولذلك يبقى هدف الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي هو تصحيح المعتقدات اللاعقلانية لدى المسترشد وصولا إلى السعادة وتحقيق النجاح في الحياة.(الخولي، 2004، 99)

5- المفاهيم الأساسية للنظرية:

تنظر هذه النظرية إلى الطبيعة الإنسانية على أساس أن الفرد كائن عاقل وغير عاقل في نفس الوقت بمعنى أن الإنسان لديه ميل على أن سلك بطريقة عقلانية وهو في نفس الوقت لديه ميل إلى أن يسلك بطريقة غير عقلانية ومن ثم يمكن مساعدته في التغلب على الأفكار الخاطئة وإستبدالها بأفكار أكثر إيجابية

ومنطقية ، ومن أهم الإفتراضات والمسلمات التي يقوم عليها نظرية الإرشاد العقلاني الإنفعالي ما يلي:

1. أن التفكير والإنفعال يمثلان وجهان لشيء واحد فلا يمكن النظر إلى أحدهما بمعزل عن الآخر، ويشير (أليس) أن هناك بعض الأساليب التي تثير الإنفعال، كما أن هناك بعض الأساليب التي تساعد على التحكم فيه ويعتبر التفكير واحدا من تلك الأساليب وأن ما يسميه بالإنفعال ما هو إلا نوع بعينه من التفكير الذي يتميز بالتحيز والتطرف.
2. أن الإنسان لديه ميل للتفكير بشكل عقلاني وغير عقلاني، فعندما يسلك ويفكر بطريقة عقلانية يكون فعالا ومنتجا وعندما يفكر بطريقة غير عقلانية يشعر بالخوف والقلق.
3. أن الإضطرابات النفسية التي يعانيها الفرد هي نتاج أفكار ومعتقدات خاطئة وسلبية تشكل البناء المعرفي لديه.
4. إن التفكير غير العقلاني يرجع إلى الطفولة وإلى عوامل التنشئة الإجتماعية في الطفولة وأن للآباء دورًا في إكتساب الأبناء لهذه الأفكار اللاعقلانية.
5. يجب مهاجمة ومحاربة الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد من خلال المناقشة والإقناع وتزويده بالأفكار العقلانية والمنطقية.
6. يسلك الناس وفقا لتوقعاتهم عن إستجابات الآخرين وهذا التوقع كعملية معرفية له تأثيره على الإضطراب الإنفعالي، حيث أن الأفراد في بعض الأحيان يميلون إلى إعطاء أحكام كاذبة لنيل رضا الآخرين وإستحسانهم.
7. يعزو الأفراد مشكلاتهم وإضطراباتهم الإنفعالية إلى الآخرين وإلى الأحداث الخارجية ومن ثم تكون الإضطرابات الإنفعالية لديهم قائمة على إعزاءات خاطئة.
8. يميل الأفراد إلى إستخدام بعض الميكانيزمات الدفاعية ضد أفكارهم وسلوكهم وذلك حفاظا على ذواتهم، بمعنى أنهم يميلون إلى عدم الإعتراف لأنفسهم وللآخرين بأن سلوكهم وتفكيرهم خاطئ وأكثر سلبية.ولقد ميز(

أليس) بين نوعين من الأفكار و المعتقدات وهي: **أفكار عقلانية** تؤدي إلى السعادة وتحرر الفرد من الصراعات النفسية و تساعده على تحقيق أهدافه، **وأفكار لاعقلانية** و تؤدي إلى الإضطراب الإنفعالي كالخوف و القلق وغيرها. ولقد حدد أليس إحدى عشرة فكرة غير عقلانية وخاطئة نذكرها فيما يلي:

1. من الضروري أن يكون الفرد محبوبا من كل الأفراد وبالذات ذو المكانة الهامة في المجتمع.
2. يجب أن يكون الفرد فعالا ومنجزا بدرجة عالية تصل إلى مستوى الكمال.
3. يوجد في كل المجتمعات بعض الأفراد والنفوس الشريرة ولا بد من القضاء عليهم .
4. إن لم تحدث الأمور بالطريقة التي يتوقعها الفرد ويتمناها فليس هناك أمل قط في أي شيء .
5. أسباب تعاسة الإنسان خارجة عن إرادية وأنه لا يوجد أي إنسان بإمكانه التحكم في قدره ومصيره.
6. إذا تعرض الإنسان لخطر ما، فإنه من الطبيعي أن يشعر بالخوف وعدم الارتياح، بل الذعر الشديد
7. إن تجنب بعض مصاعب الحياة أو عدم تحمل المسؤولية أسهل بكثير من مواجهة الصعوبات وتحمل المسؤوليات.
8. لن يستطيع الإنسان أن يتخلص من ماضيه، فالماضي هو الذي يحدد الحاضر، فإذا حدث شيء ما في حياة أي إنسان فإن أثر هذا الشيء سيظل يؤثر بلا حدود في حياته كلها.
9. يجب على المرء أن يعتمد على الآخرين في تحقيق بعض أهدافه وأنه بحاجة إلى شخص ما أقوى منه لكي يشعر بالثقة والأمن.

10. ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات.

11. هناك حل كامل لكل مشكلة ويجب الوصول إليه وإلا تكون الكارثة الكبرى.(حسين، 1994، 87)

6- إجراءات عملية الإرشاد العقلاني الإنفعالي:

تتم عملية الإرشاد العقلاني الإنفعالي من خلال عدة خطوات وهي:

1. بناء علاقة إرشادية مهنية بين المرشد والعميل.
2. أن يقوم العميل بعرض مشكلته وأعراضه المرضية وإستجاباته نحوها ، وعلى المرشد تحديد ومعرفة الأفكار والمعتقدات غير العقلانية التي توجد لدى العميل، وأن يوضح للعميل العلاقة بين الأفكار غير المنطقية وإضطراباته الإنفعالية.
3. أن يوضح المرشد للعميل أن إستمرار الإضطرابات الانفعالية لديه هي سبب الإستمرار في التفكير غير العقلاني وليس الأحداث السابقة.
4. أن يساعد المرشد العميل على مهاجمة الأفكار اللاعقلانية وإستبدالها بأفكار أكثر عقلانية وذلك من خلال السخرية والدعابة من الأفكار اللاعقلانية ، والإقناع والتشجيع على دحض الأفكار اللاعقلانية وإستبدالها بأفكار ومعتقدات أكثر عقلانية.
5. مساعدة العميل على تبني فلسفة للحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن أن يتحاشى العميل الوقوع ضحية أفكار أخرى غير عقلانية. (حسين، 2004،94)

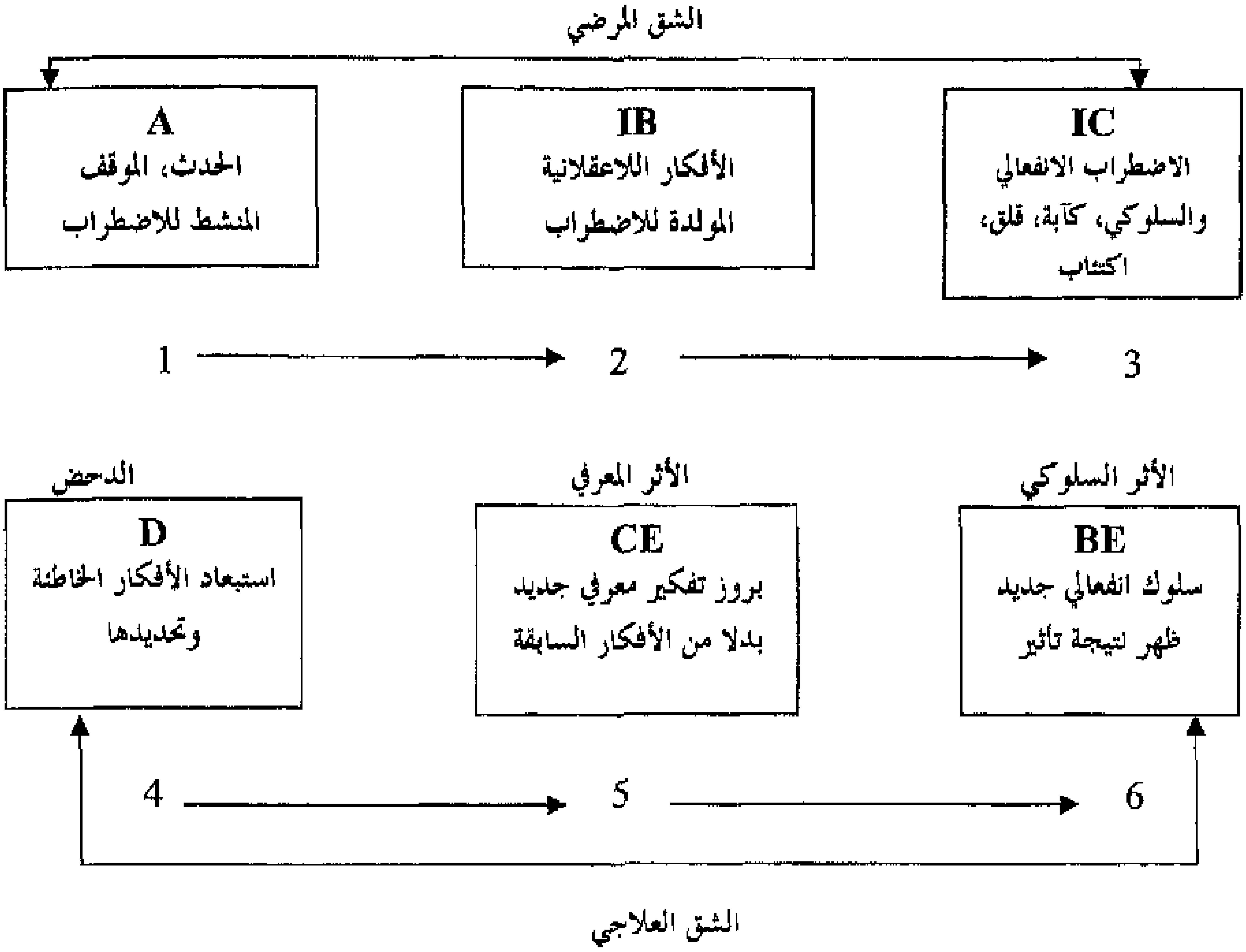
ولتنفيذ الإجراءات العملية السابقة تعتمد نظرية الإرشاد العقلاني الإنفعالي على نموذج معروف يعرف بنموذج(**A.B.C**)وهو نموذج تعليمي يعمل من خلاله المرشد على تعليم المسترشد كيف يرتبط إضطرابه الإنفعالي (قلق، خوف، ...) بكل من الأحداث الضاغطة ونسق التفكير لديه ولذلك فإن :

- حرف A: يشير إلى الأحداث أو الخبرات المنشطة وهي عادة خبرات مؤلمة وغير سارة مثل خبرة الطلاق أو الفشل أو الموت أو فقدان وظيفة، ... وهذه الخبرات يتم إدراكها في جو غير عقلاني وبذلك تكون خبرة لا عقلانية.
- أما الحرف B: ويعني نسق الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد والتي تؤدي إلى إثارة الإضطراب الإنفعالي.
- أما الحرف C: ويقصد النتيجة الإنفعالية لدى الفرد وهي دائما تكون مرتبطة بنسق المعتقدات والأفكار لدى الفرد، فإذا كان نسق المعتقدات غير عقلاني كانت النتيجة هي الإضطراب النفسي كما في حالات القلق والإكتئاب ...الخ.

وجملة القول أن (أليس) يرى أنه ليست الخبرة أو الحدث (A) هو الذي يؤدي إلى الإضطراب الإنفعالي أو النتيجة (C) وإنما السبب يكمن في نسق المعتقدات لدى الفرد (B)، وهذا يعني أن كل إستجابة إنفعالية سارة أو مؤلمة إيجابية أو سلبية وراءها بناء معرفي ونسق معتقدات لدى الفرد سابقة لظهور الإنفعالات.وبعد أن وضع (أليس) هذا النموذج قام بإستكماله وتطويره حتى أصبح نموذجا جديدا هو (ABCDEF) وتمثل الحروف الثلاثة الجديدة **الأسلوب الإرشادي العلاجي** الذي ينتهجه (أليس) مع المسترشدين.

- فالحرف (D): يتضمن مفهوم المجادلة والإحتجاج على المعتقدات غير العقلانية والأفكار الخاطئة مما يجعل العميل أو المسترشد يتحدى نفسه ويتحدى أفكاره وإعتقاداته ويجادلها ويحتج على عدم منطقيتها ثم يغيرها.
- أما الحرف (E): ويتضمن التأثير النهائي الجديد الذي يحققه الفرد نتيجة لتغيير أفكاره وإعتقاداته غير العقلانية إلى أفكار صحيحة وإعتقادات عقلانية، وبعبارة أدق أن يقوم المسترشد بتغيير الأفكار التي تم مهاجمتها بأفكار عقلانية من خلال تعديل نسق التفكير وتبنيه فلسفة جديدة.
- أما الحرف (F): وهي تتضمن المشاعر الجديدة التي يشعر بها الفرد بعد أن يصل إلى حالة من الإرتياح العام والإستقرار النفسي وهي الخطوة الأخيرة والتي من خلالها تتغير إنفعالات الفرد السلبية إلى إنفعالات موجبة وهو الهدف الرئيسي

للإرشاد العقلاني الإنفعالي .ويمكن تلخيص أسباب الاضطراب الإنفعالي وعلاجه كما هو في الشكل التالي:



شكل رقم (09) يبين أسباب الإضطرابات الإنفعالية وعلاجها

المرجع (حسين، 2004، 93)

A: الحدث المنشط B: المعتقدات وهي نوعان: IB: المعتقدات غير العقلانية RB: المعتقدات العقلانية C: النتائج وهي نوعان : IC: نتائج غير عقلانية RC: النتائج العقلانية	D: الدحض والتفنيد (مناقشة الأفكار اللاعقلانية) E: الأثر أو التأثير وهو نوعان : CE: تأثير معرفي BE: تأثير سلوكي F:المشاعر الناتجة من التغيير

7- فنيات الإرشاد العقلاني الإنفعالي:

تتنوع الفنيات المستخدمة في الإرشاد العقلاني الإنفعالي ما بين فنيات معرفية وإنفعالية وسلوكية وفيما يلي نموذج منها:

1. الفنيات المعرفية:

وتتضمن الحوار والمناقشة والتحليل للأفكار غير المنطقية واللاعقلانية ومساعدة العميل على تكوين أفكار منطقية وعقلانية، كما تتضمن الوعي والإستبصار ومراقبة الذات، حيث يشجع العميل على التعبير عن نفسه في هدوء وتعليمه بعض الأفكار والعبارات المنطقية، فضلا عن تشجيعه على تغيير سلوكه وإنفعالاته ومراقبة سلوكه، وإعتراف العميل أنه يعاني من أفكار خاطئة مما يؤدي إلى تغير في الإدراك ورفض الأفكار الخاطئة.

وتتضمن أيضا هذه الفنيات **وقف الأفكار** وهذا الأسلوب إقترحه باين(Bain) وروج له وولبي (Wolpe)، وفي هذا الأسلوب يطلب من العميل أن يغمض عينيه وأن ينخرط في أفكاره غير المرغوبة ثم يصرخ المرشد بصوت عال (قف) ويؤدي بذلك بالعميل إلى وقف الأفكار غير المرغوبة ويكرر ذلك مرة أخرى ثم يطلب من العميل أن يقوم بذلك بنفسه بصوت عال وأن يكرر ذلك في المنزل. (أبو أسعد، 2011، 327)

كما يعتمد هذا المنحى على فنية **التخيلات العقلية والإنفعالية** حيث يطلب من الشخص أن يتخيل نفسه في موقف الإنفعال المؤلم فإذا فعل ذلك فإن المرشد يطلب منه تخيل نفسه وقد غير من هذا الإنفعال إلى إنفعال أقل في المستوى منه وفي كل مرة يسأله المرشد عن شعوره ثم يعود فيطلب أن يحدث نفسه بعبارات تخفف من إنفعاله، وبعد ذلك يطلب منه المرشد أن يكرر ذلك التخيل الإنفعالي العقلاني لمدة أسبوع أو أكثر، وتسمى هذه التقنية **بالإسترخاء التخيلي الذاتي الموجه** ويقصد بها مساعدة العميل على تخيل أصعب المواقف وأثناء تخيله هذا يعبر عن كل ما تسبب له من إضطراب، ثم يطلب منه أن يغير هذه المشاعر ويستبدلها بأخرى أقل حدة ليهدأ،

ثم يسأله عما فعله لتهدئة نفسه حتى وصل إلى هذه الحالة الأقل توترا مما كان عليه في بداية إسترخائه التخيلي. (الزراد، 2008، 209)

كما يعتمد الإرشاد العقلاني الإنفعالي على تقنية **إعادة البناء المعرفي** حيث تعمل هذه التقنية على إعادة تقييم رؤية العميل غير الواقعية لمواقف الإنفعال المؤلم، مما يساعده على التمييز بين التهديد الحقيقي في البيئة والتهديد المدرك بشكل خاطئ على أنه خطر، ويتضمن المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة العميل على إكتشاف أن أفكاره غير الواقعية هي السبب في إحساسه بالإضطراب وليست المواقف والأحداث، وتعد هذه الفنية مادة شبك في إقرار العميل بعدم واقعية أفكاره، وهذا ينمي قدرته على التفكير العقلاني المنطقي . (كامل 2005)

2. الفنيات الإنفعالية:

يستخدم المرشد العقلاني الإنفعالي مجموعة من الطرق الإنفعالية وتتمثل في أسلوب التقبل غير المشروط للعميل، كما يستخدم أيضا أسلوب لعب الدور وقلب الدور وكذلك أسلوب النمذجة كما يستخدم المرشد أسلوب المرح والدعابة والسخرية من الأفكار اللاعقلانية التي يحملها العميل، وبذلك يجعل المرشد العميل يضحك على أخطائه ويتقبل نفسه بكل ما فيها من ضعف.

3. الفنيات السلوكية:

يستخدم المرشد مجموعة من الفنيات السلوكية وتتمثل في الواجبات المنزلية حيث يكلف المرشد العميل ببعض التدريبات المنزلية مثل حصر الأفكار اللاعقلانية التي يؤمن بها العميل ومحاولة تصحيحها، أو قراءة بعض الكتب التي تدعو إلى التفكير العلمي ومن الفنيات السلوكية أيضا التدريب على الإسترخاء، وكذلك أسلوب ضبط المثيرات حيث يعلم المرشد العميل كيفية التحكم في مثيرات معينة، مما يجعل إحتمالية تصرفاتهم الغير مقبولة قليلة، بالإضافة إلى أسلوب تعزيز المعارف العقلانية، بحيث يقوم العميل بمناقشة وتفنيد أفكاره اللاعقلانية يوميا حتى تصبح العملية شبه آلية ومن أمثلة التعزيز الإدراكي المعرفي قراءة كتاب معين أو سماع شريط معين أو مشاهدة فيلم معين ... الخ.

8- وجهة نظر أليس في علاج الضغوط النفسية:

يشير (أليس) إلى أن نسق الإعتقادات لدى الفرد يتكون من جزأين وهما **الأفكار العقلانية واللاعقلانية** وهذه الأخيرة هي المسؤولة عن إحداث الإضطرابات الإنفعالية للفرد والسبب في معظم الأعراض المرتبطة بالضغوط، حيث تسيطر على تفكير الفرد وتوجه سلوكه، وهي عبارة عن معارف وأفكار غير واقعية وغير مرنة وغير ملائمة لأنها تؤدي إلى نتائج إنفعالية سلبية، ويعبر عنها الفرد في شكل ينبغيات مثل (**يجب أن، ينبغي أن، من الضروري أن**) وتؤدي إلى هزيمة الذات وذلك في مقابل الأفكار العقلانية التي تكون منطقية ومنسقة مع الواقع وتؤدي إلى التوافق والتحرر من الإضطرابات.

وفي ضوء ما سبق يمكن القول أن الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد تسهم بدور كبير في التقييم المعرفي السلبي للحدث، فلا شك أن الفرد عند تعرضه لحدث ضاغط يقوم بتقييمه معرفيا طبقا لنسق الاعتقادات الموجودة لديه، فإذا تم تقييمه سلبيا فإنه يؤدي بالفرد إلى الشعور بالقلق والضغط، ويعني ذلك أن الضغط النفسي يكون نتيجة للأفكار اللاعقلانية والخاطئة التي كونها الفرد عن الحدث، وأن الأحداث في ذاتها لا تؤدي إلى الإحساس بالضغط، وبذلك يعاني الأفراد الذين يتبنون أفكارا غير عقلانية وخاطئة عن أنفسهم وعن البيئة درجة مرتفعة من الضغوط ويتعاملون معها بأساليب غير فعالة.

ويستند الإرشاد العقلاني الإنفعالي في تفسيره للإضطراب النفسي على نموذج (أليس)المعروف بالأحرف (**A.B.C**) والذي ملخصه أن النتائج الإنفعالية السلبية المترتبة على حدث ما ليست بالضرورة نتيجة مباشرة له، بل تكون مترتبة عن الأفكار التي تتوسط بين الحدث والنتيجة والتي تحدد مدى إيجابية أو سلبية النتيجة وفقا لعقلانيتها أو عدم عقلانيتها، ويساعد هذا النموذج في التعرف على الأفكار اللاعقلانية التي تسهم في الشعور بالقلق والخوف والإحساس بالضغط وتعلم الفرد التفكير بطريقة عقلانية وإيجابية، وذلك لأن تغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة لدى الفرد وإستبدالها بأفكار إيجابية عقلانية يساعد على التخفيف من آثار

الضغوط لديه.ويستخدم الإرشاد العقلاني الإنفعالي في عملية دحض الأفكار اللاعقلانية ومهاجمتها عدة فنيات متنوعة مثل الحوار السقراطي والإقناع والمناقشة، والهدف من وراء إستخدام هذه الفنيات هو توضيح عدم صحة الإعتقادات اللاعقلانية لدى الفرد مما يؤدي في نهاية الأمر إلى التخلي عنها.

فلقد أوضحت العديد من الدراسات فاعلية الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي في خفض الضغوط النفسية ولقد إشتملت هذه البرامج على عدة خطوات وهي تعريف المشاركين في البرنامج بمفهوم الضغوط وتأثيراتها السلبية على مختلف جوانب الشخصية الجسمية والنفسية والإنفعالية والسلوكية، ثم تحديد المواقف الضاغطة التي تعرضوا لها في السنة والتي جعلتهم يشعرون بالضيق والمشقة الإنفعالية وتحديد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بهذه المواقف الضاغطة والتي غالبا تكون مرتبطة بالينبغيات مثل "يجب أن أتجنب المواقف الضاغطة بدلا من مواجهتها"، وتكون أيضا مرتبطة بالشعور بالفشل والعجز في التعامل، وأيضا الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بتجنب المواقف الضاغطة والهروب منها والمرتبطة بلوم الذات وعدم القيمة لدى الفرد نتيجة الفشل في مواجهة المواقف الضاغطة.ثم توضيح العلاقة بين هذه الأفكار اللاعقلانية وبين ما يعانيه الفرد من مشقة وضيق إنفعالي مع التأكيد على العلاقة الوثيقة بين التفكير والإنفعال والسلوك بوصفها عمليات مترابطة، وشرح نموذج (ABCDEF) وذلك بهدف توضيح أن الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد تعد هي المسؤولة عما يعانيه من شعور وإحساس بالضغط، وأن هذا الشعور سوف يستمر طالما إستمرت هذه الأفكار اللاعقلانية وبالتالي لابد من التخلي عنها ومقاومتها وتغييرها بأخرى عقلانية ثم يلي ذلك إستخدام الفنيات المعرفية والسلوكية والإنفعالية التي يقوم عليها الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي وذلك لدحض هذه الأفكار وإستبدالها بأفكار أكثر عقلانية مما يساعده على التعامل مع الأحداث بشكل منطقي وفعال.

ومن الفنيات التي تتضمنها برامج الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي في تخفيف وإدارة الضغوط، المحاضرات والمناقشات لتعلم الفرد كيف يفكر بعقلانية،

وأيضا يستخدم الحوار السقراطي والإقناع اللفظي والدحض، حيث يتم تشجيع الفرد وإقناعه بالتخلي عن أفكاره اللاعقلانية وأن يمارس الفرد هجوما مضادا على هذه الأفكار، وكذلك التدريب على حل المشكلات والتدريب على الإسترخاء وتخيل الفرد للمواقف الضاغطة التي تثير لديه الخوف والقلق والتدريب على الإستجابات التوكيدية في المواقف الضاغطة وإستخدام المرح والدعابة، حيث من خلال الدعابة يظهر المرشد للفرد سخافة هذه الأفكار بأسلوب فكاهي ويشرح له كيف يمكن إستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ويعلمه كيف يفكر بشكل منطقي، كما يتضمن الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي أيضا قدرا كبيرا من الواجبات المنزلية.

3- نظرية دونالد مكينبوم للتعديل المعرفي السلوكي:

1. التعريف بصاحب النظرية:

دونالد هربرت مكينبوم، وهو أمريكي الأصل ولد في مدينة (نيويورك) عام 1940 وحصل على البكالوريوس من كلية المدينة عام 1962 ثم التحق بجامعة(إلينوي) فحصل على درجة الماجستير عام 1965 ودرجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي عام 1966، وقد عمل في جامعة (واترلو) في (اونتاريو) بكندا منذ عام 1966 إلى يومنا هذا، تم إنتخابه واحدا من العشرة الأكثر نفوذا في المعالجين النفسانيين في القرن العشرين من خلال دراسة قامت بها جمعية علم النفس الأمريكية، (مكينبوم) معالج نفساني يمارس العلاج في القطاع الخاص، وهو الآن مدير معهد (ميلسا) لمنع العنف ومعاملة الضحايا في ميامي وفلوريدا.

ألف (مكينبوم) العديد من الكتب ويعتبر كتابه(**التعديل المعرفي السلوكي- نهج تكاملي**) مثال للكتاب الكلاسيكي في هذا المجال، كما شغل (مكينبوم) العديد من الوظائف منها رئيسا لتحرير سلسلة (**الجلسة العامة للصحافة**) التي تهتم بالإجهاد والتكيف معه، وكان أحد مؤسسي مجلة (**البحوث والعلاج المعرفي**)، فضلا عن كونه مشاركا في هيئة تحرير عشرات المجلات

الأخرى، حصل (مكينبوم) على جائزة (Izaàk killiam Fellowship Award) المرموقة التي يمنحها (مجلس كندا)، كما أختبر (مكينبوم) كرئيس شرف لجمعية علم النفس الكندية، وعضو في الجمعية الملكية الكندية والجمعية النفسية الأمريكية والكندية .(عبد الهادي 2008)

2. تعريف بالنظرية(التعديل المعرفي السلوكي):

إنشق الباحثون والعلماء السلوكيون وغير السلوكيين في النظر إلى مصطلح- تعديل السلوك- إلى فريقين:

1- **الفريق الأول:** يرى أن تعديل السلوك إصطلاح يقصد به التعامل الإحتمالي أو التبرير الإحتمالي للسلوك، ويقوم أساسا على الإشراط الإجرائي أو الوسيلي (لسكنر) ومن أمثلته إستخدام فنيات التدعيم والتشكيل والتقريب المتتالي والعقاب والإنطفاء وإشراط الهروب والتجنب، وهو يختلف عن الإرشاد السلوكي الذي يقوم على الإشراط الكلاسيكي لبافلوف. (أبو زيد، 2008، 95- 96)

2- **الفريق الثاني:** يرى أن تعديل السلوك إصطلاح يقصد به إحداث تغييرات في السلوك بشكل إيجابي وبناء وأفضل، وهذا إصطلاح لا يجب أن يقتصر على العلاج السلوكي لأنه هدف علاجي وإرشادي عام، لأن أي طريقة إرشادية تهدف إلى تعديل سلوك،وعلم النفس هو علم دراسة السلوك، هذا وإن كانت الفنيات السابقة (السلوكية)هي المسؤولة عن تعديل السلوك، فإن ذلك لا يعني أن الفنيات الإنفعالية والمعرفية لا تصلح لتعديل السلوك، ولذلك فإن النظرة المتكاملة ترى أن إستخدام أي فنية علاجية وإرشادية لابد وأن تكون بهدف تعديل السلوك، لأن السلوك بمعناه العام هو كل فعل يصدر عن الكائن الحي ظاهرا كان أو مستترا (إفراز الغدد، اللاإراديات، التفكير..الخ)، ولذلك فإن مصطلح تعديل السلوك والذي يقتصر على السلوكية الإجرائية (لسكنر)يبقى تصورا قاصرا لابد من تصويبه.

ولذلك فإن التعديل المعرفي السلوكي لميكنبوم يقوم في جوهره على إعادة البناء المعرفي للفرد، حيث يتم مساعدة الفرد على تعديل أنماط تفكيره (التفكير سلوك) السلبية وإكسابه أو تعليمه مهارات معرفية جديدة للتعامل مع المواقف، ويؤكد هذا الإتجاه على دور الأحاديث الذاتية، حيث يشير (مكينبوم) أن مايقوله الأفراد لأنفسهم عن أنفسهم والآخرين يؤثر بشكل كبير في تحديد طريق إستجابته وسلوكه ومشاعره، وبناءا على ذلك فإن تعديل التفكير من خلال ضبط أحاديث الذات الداخلية يؤدي إلى تعديل الإنفعالات والسلوك . وأشار أيضا إلى أن وظيفة الحديث الداخلي الذي يتم داخل الفرد هو تغيير للأبنية المعرفية وذلك من خلال عمليات التمثل والتوافق، (Meichnbaum,1985)، كما يرى (مكينبوم) أن البناء المعرفي يحدد طبيعة الحوار الداخلي ويغير الحوار الداخلي في البناء المعرفي بطريقة يسميها بالدائرة الخيرة virtuous cycle. (أبو أسعد، 2011، 317).

ويعد باترسون Patterson1996)) الحديث الداخلي أحد الأنشطة الشخصية كالإستجابات الجسدية وردود الفعل الإنفعالية والمعارف والتفكير الواعي . وأشار كوري(Corey2001) إلى أنه يمكن تغيير الحديث الداخلي من خلال :

1- **التعليمات الشخصية المتبادلة** :وهي التعليمات الذاتية المشتقة من تعليمات الكبار التي يستخدمها الطفل ويحفظها بصورة تراكمية.
2- **بنية الحوار الداخلي**: وهي الوظيفة الثانية للحوار الداخلي في التأثير على البنى المعرفية وتغييرها وهذا التغيير يتم من خلال الإمتصاص أو الإزاحة أو التكامل.أي أن يمتص سلوكا بديلا جديدا بدلا من السلوك القديم، وأن يقوم بعملية التكامل بمعنى أن يبقي الفرد بعض بناءاته المعرفية القديمة إلى جانب حدوث بناءات معرفية جديدة لديه.أما الإزاحة أو الإحلال فهي تعني تواصل الأبنية القديمة مع الأبنية الجديدة .

ويعرف هولان ورندال (1996) التعديل المعرفي السلوكي بأنه محاولة هادفة للمحافظة على كفايات تعديل السلوك بإستخدام الأنشطة المعرفية للفرد من أجل

التعامل مع السلوك، وأن التعديل المعرفي السلوكي يمثل السلوكية المنهجية (Methodological Behaviorism) التي تتمثل بالتطورات الحديثة في علم النفس التجريبي وهي تتضمن الأساليب المعرفية والسلوكية معاً.

3. مفاهيم النظرية:

يطلق على نظرية (مكينبوم)إسم نظرية التعديل المعرفي السلوكي والتي بناها على مزج بعض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية، ولذلك تعد هذه النظرية أوسع وأشمل من النظرية السلوكية، ويرى الباحثون أن هذا النمط الإرشادي أو العلاجي ليس مجرد إرشاد سلوكي مضاف إليه بعض الأساليب المعرفية، إن طريقة ميكينيوم تتجه نحو المعرفية أكثر منها نحو السلوكية.

ويذكر (مكينبوم) أن بداية نظريته كانت عند تدريبه لإعداده للدكتوراه بجامعة (إلينوي) فقد شمل التدريب العمل مع مرض الفصام، وذلك بتدريبهم بإستخدام الإشراط الإجرائي على التحدث إلى أنفسهم بطريقة صحية، فلاحظ (مكينبوم) في المقابلات التقييمية للمرضى إنخراطهم في نوع من الأحاديث الذاتية التلقائية، وهذه الخبرات التي عايشها (مكينبوم) مع مرض الفصام دفعه إلى التفكير إلى تدريبهم على أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة تؤدي إلى تغيير سلوكهم، وقد ركز على الحديث الداخلي في محاولة لتغييره، وكذلك إهتم بالتخيلات لمعرفة ما إذا كانت هذه التغيرات ستؤدي إلى تغيرات في التفكير، وفي الشعور وفي السلوك.وتأسيسا على البحوث التي أجراها والتي تظهر أن الأحاديث الداخلية أو الظاهرة تؤثر في السلوك، ولذلك إستخدم التدريب على التعليمات الذاتية مع الأطفال زائدي النشاط، وقد نجح في تعديل سلوكيات الأطفال الذين لديهم إضطرابات سلوكية مثل الإندفاعية والنشاط الزائد والعدوانية وقد أدى إستخدام هذه التقنية مع الإشراط الإجرائي إلى نتائج أفضل،ونظرية التعديل السلوكي المعرفي تبنى على أسس ومبادئ عامة منها:

1. فهم وظائف الحوار الداخلي، والتعليمات الشخصية المتبادلة والملاحظة الذاتية والأفكار المتنافرة أو غير المتناسبة، وإستخدام التقويم السلوكي المعرفي، وإعادة بناء البنية المعرفية والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على مهارات .
2. المواجهة والتأقلم وضبط الذات مع التركيز على هدف إحداث التغيير في السلوك وفي المعرفة مع الجهد الذاتي، والتدريب على أنماط سلوكية مبنية على معارف عقلانية تفيد في التأقلم.(أبو زيد، 2008، 151)

وقد إعتمد (مكينبوم) على مقولة في تأويله للإضطراب النفسي وفي العلاج أيضا وهي أن "ما يقوله الناس لأنفسهم يحدد ما يفعلونه"، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة التي توجه بتكوينات متنوعة مثل المعارف (جوانب معرفية)، والإستجابات الفيزيولوجية وردود الفعل الوجدانية، والتفاعلات الإجتماعية (الخاصة بالعلاقات مع الآخرين)، ويعتبر الحديث الداخلي أو المحادثة الذاتية أحد هذه الأنشطة. (مليكة، 1990، 245)

وإنطلاقا من إهتمام النظرية مما يقوله الناس لأنفسهم ودوره في تحديد سلوكهم، فإن محور الإرشاد والعلاج يرتكز على تغيير الأشياء التي يقولها الفرد لنفسه أي التي يحدث بها نفسه، وذلك بشكل مباشر أو ضمني، الأمر الذي ينتج عنه سلوك وإنفعالات تكيفية بدلا من السلوكيات والإنفعالات غير المتكيفة، وبذلك فإن الإرشاد والعلاج ينصب على تعديل التعليمات الذاتية التي بها يحدث المسترشدون أنفسهم، بحيث يمكنهم أن يتعاملوا مع مواقف المشكلات التي يواجهونها، فبالإضافة إلى إمكانية إستخدام الأساليب الخاصة بنموذج (مكينبوم)بشكل منفرد فإنه يمكن إدماجها مع الأساليب السلوكية المعروفة (الشناوي وعبد الرحمن، 1994، 138)

4. مراحل العملية الإرشادية:

حدد ميكينيوم (1977) ثلاث مراحل للعملية الإرشادية وهي:

أ- **المرحلة الأولى: الملاحظة الذاتية:** حيث يكون لدى المسترشد قبل العملية الإرشادية أحاديث سلبية وكذلك تخيلات غير مناسبة، ويحاول المرشد أن

يزيد من وعي الفرد وإنتباهه ليكز على أفكاره ومشاعره وردود الفعل الفيزيولوجية والسلوكيات المتصلة بعلاقاته الشخصية أو المشكلات الخاصة به في صور مختلفة وأنه يولد أفكارا وسلوكيات جديدة. (الخولي، 2004، 94)

ب - **المرحلة الثانية: توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة:** حيث يدرك العميل أو المسترشد خلال هذه المرحلة ما يردده مع نفسه من أحاديث ذاتية يجب أن تعمل على توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع سلوكياته القديمة غير المتوافقة المراد تغييرها، على أن يؤثر هذا الحديث الذاتي على العديد من العمليات لديه مما يؤثر على أبنية المسترشد المعرفية، مما يؤدي إلى تغيير سلوكياته المشكلة أو غير المتوافقة. (محمد، 2000، 77)

أي أن ملاحظة المسترشد نفسه تتضمن حديثا داخليا مضمونه إذا كان على الفرد أن يتغير سلوكه فينبغي أن يؤدي ما يقوله أو يتخيله إلى حدوث سلسلة جديدة من السلوكيات التي يتعارض مع سلوكياته غير المرغوبة أو المتوافقة

ج- **المرحلة الثالثة: تطوير الجوانب المعرفية الخاصة بالتغيير:** تشتمل هذه المرحلة في قيام المسترشد سلوكيات (مهارات المواجهة) على أساس يومي وكذلك الأحاديث حول نتائج هذه التجارب الشخصية.

مما سبق بتقييم أهمية التحدث مع النفس من خلال النمذجة المعرفية والتي يتم تعلمها من خلال التدريب على التعلم الذاتي حيث يتم تعلمها على النحو التالي:

أ) يبدأ النموذج (المرشد) بتأدية العمل المطلوب، بينما هو يتحدث إلى نفسه بصوت عال ويحاكي تغيرات ذاتية.

ب) يؤدي المسترشد نفس العمل بإشراف وتوجيه من المرشد (توجيه خارجي ظاهر).

ج) يؤدي المسترشد العمل وهو يملي على نفسه التعليمات بصوت عال (توجيه ذاتي ظاهر).

د) يؤدي المسترشد العمل وهو يهمس بالتعليمات إلى نفسه بينما يتقدم في العمل (توجيه ذاتي ظاهر يتناقص تدريجيا).

هـ) يؤدي المسترشد العمل بينما يوجه أداءه من خلال الحديث الخاص بصورة ذاتية (تعلم ذاتي داخلي).

ويراعي أن تكون التغيرات اللفظية والصور المرتبطة بها التي يتدرب عليها المسترشد خاصة بالمشكلة أو العمل المعين، وهي قد تشتمل على أسئلة وأجوبة عن طبيعة العمل، وتعليمات توجيه الآراء وتدعيمات ذاتية تعين على مواجهة الإحباط.(مليكة، 1990، 176- 175)

5. فنيات التعديل المعرفي السلوكي:

يعتمد هذا الإتجاه الإرشادي على مجموعة من الطرق والأساليب الفنية التي يمكن إستخدامها بشكل فعال في هذا المجال وهي:

1) **التقدير المعرفي السلوكي:** يشتمل التحليل الوظيفي للسلوك على تمحيص تفصيلي للمقدمات والنتائج (المثيرات والمعززات) في علاقتها بالاستجابات، ويتطلب ذلك تحديدا دقيقا لفئة السلوك ومعرفة لتكرار الإستجابات في المواقف المختلفة، وتوضيح الدور الذي يقوم به الجوانب المعرفية في السلوك، كما يعتمد أيضا على تحليل المهمة لإكتشاف العوامل التي تؤدي إلى ضعف الأداء لدى المسترشد، ويتم أيضا خلال هذا التقدير التعرف على تلك الجوانب التي يحقق فيها العميل في أن يقولها لنفسه، وتؤثر بالتالي على أدائه، والتعرف أيضا على محتوى المعارف المشوشة التي تؤثر سلبا على سلوكه التكيفي، ويتم ذلك من خلال المقابلة الإكلينيكية والإختبارات السلوكية إلى جانب إستخدام إختبارات إسقاطية ترتبط بالمشكلة التي يعاني منها.(محمد، 2000، 77)

2) **إدخال العوامل المعرفية في أساليب الإرشاد السلوكي:** يؤكد ميكينيوم على أن البحوث التي قام بها مع زملائه قد أوضحت أنه على الرغم من أهمية الأحداث التي تقع في البيئة قبل السلوك أو نتيجة له، فإنها ليس لها الأهمية الأولى وإنما الذي يؤثر في سلوك المسترشد هو ما يقوله أو يحدث به نفسه حول هذه الأحداث

ومع ذلك فإن أساليب تعديل السلوك يمكن أن يستخدم لتعديل الحديث الذاتي الداخلي وكذلك سلوكياته، إلا أنه كما يشير (ميكينيوم)عندما نضيف إلى الأساليب السلوكية المعروفة أساليب التوجيه الذاتي (الحديث الذاتي) فإنها تصبح أكثر فاعلية، كما تكون الآثار أكثر إستدامة ومن الأساليب السلوكية التي يستخدمها ميكينيوم مضافة إليها العوامل المعرفية (أساليب التوجيه الذاتي) نجد:

أ- **أسلوب إشراط التخلص من القلق:** والذي يتم خلاله إستبعاد مثير منفر يرتبط بإدخال كلمة معينة مثل "إهدأ" ويطلب من العميل أن يستخدمها ويكررها على أنها حديث ذاتي أو تعليمات ذاتية، إضافة إلى ذلك هناك:

ب- **أسلوب التخلص المنظم من الحساسية:** لصاحبها جون وولبه(J.WolPe) حيث يرى أن طريقة التخلص المنظم أو التدريجي من الحساسية تزيل الخوف والقلق لأن القلق لا يتوافق مع الاسترخاء، وقد تبين من الجلسات العلاجية التي قام بها (وولبه) مع حالاته أن هناك جوانب معرفية تدخل في العلاج.

ويمكن تعديل هذه الطريقة لتستخدم الجوانب المعرفية بشكل صريح وذلك من خلال التعريض التخيلي للمواقف بأن نجعل المسترشد يرى نفسه وهو يتعامل مع القلق عن طريق تخيل المنظر والتنفس ببطء وعمق والإسترخاء بالتعليمات الذاتية . (الزراد، 2008، 199)

ج- **النمذجة:** التي تعد من بين الأساليب أيضا التي يستخدمها (مكينبوم)، حيث يقوم المسترشد بتحويل تلك المعلومات التي يحصل عليها من النموذج إلى تخيلات معرفية إدراكية ضمنية وإلى إستجابات لفظية متكررة (تعليمات ذاتية) تستخدم كمؤشر للسلوك الظاهر، ومن ثم يمكن أن يؤدي ذلك إلى تغيير السلوك .

3) أسلوب إعادة البنية المعرفية:

يمكن إعادة بناء البنية المعرفية للمسترشد في ضوء هذا الإتجاه العلاجي عن طريق مجموعة من الأساليب العلاجية التي تستخدم في هذا الصدد، إلا أن هذه الأساليب ليست جميعا من إعداد (مكينبوم) ولا تخص إتجاهه على وجه التحديد،

ولكنها أساليب مستمدة من إتجاهات علاجية أخرى وتستخدم لتحقيق هذا الغرض ومنها:

أ- إعادة البناء المعرفي العقلاني (لأليس) لأنه ينظر إلى الإضطراب بإعتباره نظام تفكير غير عقلاني.

ب- إعادة البناء المعرفي (أسلوب بيك): والذي يركز على أنماط التفكير المشوه أو المحرف وتشتمل التحريفات على إستنتاجات خاطئة، ومبالغات في أهمية الأحداث ودلالتها... الخ.

4) أسلوب حل المشكلات لـ دي زوريلا وجولد فرايد (Dzwrilla, Goldfried):

يرى الباحثان أنه لإعادة البناء المعرفي لابد من التركيز على التعرف على غياب مهارات تكيفية ومعرفية معينة (حل المشكلات)، وبذلك يهتم هذا الإتجاه على تعليم المسترشدين مهارات حل المشكلات عن طريق التعرف على المشكلة، توليد البدائل الخاصة بالحلول وإختيار واحد منها ثم إختبار كفاءة هذا الحل. وفي أسلوب حل المشكلات فإن المسترشد يتعلم كيف يواجه ويحل مشكله في مواقف مستقبلية، بينما تركز طريقة (مكينبوم) على التدرب على مهارات المواجهة، وبذلك يتم التعلم في موقف أزمة أو مشكلة حقيقية.

5) التدريب التحصيني ضد الضغوط:

يحدد هذا المفهوم على أنه تدخل وقائي يسعى إلى تقوية إمكانات الفرد على الإستجابة للمواقف الضاغطة وعلى التعامل مع آثارها وخبراتها مع الإحتفاظ بحالة أقل من الإنفعالات المضطربة وبمستوى أعلى من التكيف السلوكي، وذلك من خلال التعرض التدريجي المنظم لجرعات من المواجهة للمواقف الضاغطة أو لذكرياتها، حيث تم في هذا السياق إعادة تنظيم الخريطة المعرفية وتعلم لمهارات المواجهة، أي تقوية إمكانات المناعة النفسية في مواجهة الضغوط وآثارها، وبذلك نرى أن هذا الأسلوب يجمع بين كل من المنحى السلوكي الذي قدمه جون ولبي (G.Wolpe1958) في نظريته للعلاج عن طريق **الكف بالنقيض** في علاجه للمخاوف والقلق خاصة ما يعرف بخفض الحساسية المنظم، أما المنحى المعرفي

فيتمثل أساسا في نظرية وبحوث (لازاروس وزملائه) عن التقدير المعرفي للفرد في المواقف والأحداث والخبرات التي يتعرض لها.(محمد، 2000، 66)

كما تعتبر هذه الفنية من أهم الفنيات والتي إرتبطت بطريقة (ميكينبوم) في الإرشاد والعلاج، وتشبه هذه الطريقة عملية التطعيم البيولوجي ضد الأمراض العامة وهي تقوم على أساس مقاومة الضغوط عن طريق برنامج يعلم المسترشد كيف يواجه أو يتعامل مع مواقف الانضغاط.ويمر التدريب التحصيني ضد الضغوط بثلاث مراحل أساسية هي: (عبد الوهاب، 2006، 95)

1. **المرحلة الأولى: التصورية أو تكوين المفاهيم:** وهي مرحلة تعليمية تهدف إلى تحقيق ما يلي:

أ- إقامة العلاقة العلاجية مع الفرد أو المجموعة.

ب- عمل تقييم شامل لحالة الفرد (كل فرد) ومشكلاته.

ج- مساعدة الفرد أو المجموعة على إعادة تصور ما يخبره من ضغوط وكيفية تقديره لها.

د- تعريف الأفراد بمفهوم الضغط وما ينتج عنه من مشكلات.

2. **المرحلة الثانية: اكتساب المهارات والتدريب عليها:** تهدف هذه المرحلة إلى تنمية مجموعة من مهارات المواجهة لدى الأفراد وتنقسم تلك المهارات إلى فئتين هما:

أ- **المهارات الوسيلية للمواجهة:** ونعني بها مهارات التركيز على المشكلة وتتضمن عدة إستراتيجيات مثل: مهارات جمع المعلومات، حل المشكلات، الإتصال، التوكيدية، المهارات الإجتماعية، مهارات الدراسة.

ب- **مهارات التهدئة للمواجهة:** هي مهارات تنظيم الإنفعالات وتتضمن عدة إستراتيجيات مثل: إعادة البناء المعرفي للأفكار اللاتكيفية المسببة للقلق، تحويل الإنتباه، إستخدام المساندة الإجتماعية، الإسترخاء، التعبير عن المشاعر والإنفعالات. (عبد الوهاب، 2006، 96)

ويتم خلال هذه المرحلة كل من:

1- التدريب النظري على المهارات الوسيلية أو مهارات التهدئة.

2- إكساب الفرد مجموعة مهارات تيسر له الاستجابة المرنة وفقا لطبيعة الموقف.

3- التمرين على المهارات وتنفيذها عمليا من خلال التخيل ولعب الأدوار.

بعد عملية التهدئة الإنفعالية والمعرفية يسعي المرشد إلى تحديد الأحداث الضاغطة على أنها المشكلة المراد التعامل معها ثم تجزئتها إلى وحدات قابلة للعلاج.

3. المرحلة الثالثة: مرحلة التطبيق:

وفيها يتم تشجيع العملاء على تطبيق ما تعلموه من مهارات للمواجهة وتنفيذها على أرض الواقع الحي أو البيئة الواقعية والجدير بالذكر أن بعض الأفراد قد يجدون صعوبة في حل ما يواجههم من مشكلات ومواقف صعبة نتيجة نقص مهارات التدريب على حل المشكلات لديهم، وفي ضوء ذلك يعتبر التدريب على حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف الضاغطة، وتتضمن هذه الفنية عدة خطوات وهي: التعرف على المشكلة، وجمع البيانات ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل مع المشكلة وتقييم الحلول البديلة ووضع الحل النهائي موضع التنفيذ. فمن خلال هذا الإستخدام والتطبيق العملي للمهارات في البيئة يتم التأكد من مدى فاعليتها ومن ضمان عدم عودة الفرد إلى الشعور بالقلق والضغط، والوقاية من الإنتكاسة وفي النهاية يتم لفت نظر الفرد إلى أن ما حققه من نجاح إنما كان نتيجة جهده الخاص وأنه المسؤول عما حدث له،وأنه بإمكانه خفض الضغوط والقلق لديه.

من هنا تخلص الباحثة إلى أن إتجاه (ميكينيوم) والذي يعرف بالتعديل المعرفي للسلوك، حاول أن يدخل الجوانب المعرفية إلى أساليب الإرشاد السلوكي وكذا ليجمع بين أكثر من إتجاه معرفي من خلال إستخدامه للكثير من الفنيات الموجودة في الإتجاهات الأخرى (إتجاه أليس، بيك...) مما يعطيه قوة من خلال إستخدام الحديث الذاتي والتعليمات الذاتية والتدريب على مهارات المواجهة في التخلص من الإضطراب الذي يعانيه المسترشد مضافة إلى الأساليب السابقة.

6. وجهة نظر ميكينيوم في علاج الضغوط النفسية:

يذكر ميكينيوم (1988) أن الضغوط عبارة عن قوة خارجية تؤثر على الفرد وينتج عنها توتر وإنزعاجا، كما ترتبط بإستجابات الفرد عندما يتعرض لتهديدات بيئية مستمرة الأمر الذي يؤدي إلى إختلال في التوازن النفسي والفسيولوجي، وينتج عنه الإحساس بالغضب والإستثارة والقلق. (عوض، 2001، 41)

فالفرد يعاني من الضغوط نتيجة أحاديثه السلبية حسب وجهة نظر (ميكينيوم)، وكذلك التخيلات غير المناسبة إتجاه مصادر الضغوط.حيث أن هناك تأكيدا من وجهة نظر (ميكينيوم)على أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد إلى الضغط النفسي يتأثر إلى حد كبير بالكيفية التي يقوم بها مصدر الضغط، وبالكيفية التي يقوم بها نفسه وقدرته على الصمود أو المواجهة فالحديث الذاتي المرتبط بموقف الضغط والقدرة على المواجهة تؤثر في سلوك الفرد في هذا الموقف، وقد أوضح ميكينيوم أهمية الحديث الداخلي أو الذاتي والتخيل في علاج الضغوط، حيث يلعب حديث الذات دورا في تغيير الوجدان والتفكير والسلوك من خلال التأثير على عمليات الإنتباه والتقدير التي يجريها الفرد حول الموقف الضاغط، كما أكد على أننا إذا كنا بصدد إحداث تغيير في السلوك فإنه علينا أن نفكر قبل أن نتصرف، ومثل هذا التفكير (هو نتيجة لحديث داخلي) يقلل من تلقائية السلوك غير المتوافق ويعطينا الأساس الذي نبني عليه سلوكا جديدا متوافقا. (الشناوي، 2001، 127)

يعتمد منهج (مكينيوم) في الجمع بين المنهجين المعرفي والسلوكي في إعتماده على النمذجة والمهام المتدرجة والتدريبات المعينة والتدعيم الذاتي، فقد توصل (ميكينيوم) بأن التفكير والإدراك والبناءات المعرفية السلوكية وحديث الذات وكيفية عزو الأشياء تدخل كلها في عملية التعلم، وهذه بالتالي لها دور في التأثير على سلوك الفرد، وقد ركز (مكينيوم) فيما بعد على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد وتأثيره في العمليات الإدراكية وكيف يمكن تغييره (الحوار)، وتغيير التفكير والمشاعر بحيث يتم تعديل السلوك في النهاية بإستخدام أسلوب التوجيه الذاتي (أن يعطي المسترشدون تعليمات لأنفسهم لكي يغيروا من سلوكهم)، ويعتمد

(مكينبوم) بذلك على الإفتراض المتمثل في "أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها"، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بإفتراضات متنوعة كالإستجابات البدنية وردود الفعل الإنفعالية، والمعرفية والتفاعلات الشخصية، ويعتبر (الحوار الداخلي الذاتي) أحد هذه الإفتراضات وهذا هو هدف العلاج عند (مكينيوم) حين يعيد بناء البنية المعرفية للمسترشد من خلال إدراكه للعلاقة بين أحاديثه الداخلية وسلوكياته. (السفا، 2008، 175)

ولعل أشهر طريقة والتي يعتمد عليها منحى (مكينبوم)هي **طريقة التدريب التحصيني ضد الضغوط**، حيث تعتبر طريقة هامة من طرق التعديل المعرفي السلوكي، وتشبه– كما أشرنا سابقا- عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة، وتستند إلى فكرة رئيسية مفادها " أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية وإجتماعية"، وتعمل على تزويد الفرد بالمعلومات وإكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة.والتحصين ضد الضغوط أو التوتر هو الأسلوب الذي يهيئ للمسترشد فرصاً للتعامل مع مواقف مثيرة للضغط متوسطة نسبياً ويقوم العميل بالتدريج بتطوير قدرة تحمله لدافع ومثير أقوى، ويستند هذا التدريب على أساس أنه بالإمكان التأثير على قدرتنا الإحتمالية للتعامل مع الضغط من خلال تعديل معتقداتنا وعباراتنا الذاتية في مواقف الشدة والضغط .

ويرى (مكينبوم) إن تعديل السلوك معرفيا يتم عن طريق تقديم المعلومات والتعليمات الذاتية التي تركز على تعليم المسترشدين كيفية التخطيط والتفكير قبل الإستجابة، ومساعدتهم على إستخدام الحوار الداخلي الإيجابي، حيث أن التخلص من الضغوط يكون مرهونا بالتخلص من الأحاديث الذاتية السلبية وإستبدالها بأحاديث ذاتية إيجابية، وهكذا يهدف التدريب التحصيني ضد الضغوط إلى تدريب الفرد على أحاديث الذات الإيجابية،وتشتمل هذه الطريقة على ثلاث مراحل أساسية متداخلة وهي:

1- المرحلة الأولى: مرحلة التصور العقلي أو تكوين المفاهيم:

وهذه المرحلة تعليمية في طبيعتها وفيها يتعاون المرشد مع المسترشدين على إقامة علاقة تعاونية إيجابية بينهم، كما تتضمن هذه المرحلة تزويد العملاء بالمعلومات التي تمكنهم من فهم ماهية الضغوط و طبيعتها وتأثيراتها السلبية على جوانب شخصية الفرد، فسيولوجيا ومعرفيا و إنفعاليا وسلوكيا، ويستخدم في ذلك أسلوب المحاضرة والمناقشة، ومما لا شك فيه أن المعلومات التعليمية التي يقدمها المرشد تمثل أهمية كبيرة فهي تمثل جزء من الإرشاد، حيث أن مناقشة كل مكون من مكونات البرنامج الإرشادي يسهل من عملية تحقيق الأهداف، ولقد ثبت أن الأفراد المشاركين في برامج إدارة الضغوط يتحسنون بشكل ملحوظ عبر جلسات البرنامج عندما يقرؤون نشرات أو كتيبات عن الضغوط أو عندما يحضرون المحاضرات و المناقشات .كما تتضمن هذه المرحلة أيضا تعليم المشاركين كيفية تحديد الأفكار و الأحاديث السلبية والانهزامية التي تساهم في شعورهم بالضغط ويلي ذلك مناقشة أهداف البرنامج، وأساسه المنطقي وتفسير الفنيات التي تستخدم، وإقناع العملاء بضرورة الإلتزام بالبرنامج وأداء ما يطلب منهم من واجبات منزلية كممارسة عملية لما يتم التدريب عليه خلال البرنامج. (حسين و حسين، 2006، 273)

2- المرحلة الثانية: مرحلة إكتساب المهارات:

وتهدف بشكل أساسي إلى مساعدة المشاركين على تعلم وإكتساب مهارات المواجهة المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها في البيئة، وذلك من خلال تدريب المشاركين في برامج إدارة الضغوط على مجموعة من الفنيات مثل التدريب على الإسترخاء، التحكم في التنفس، والتخيل وأحاديث الذات الإيجابية وكذلك التدريب على حل المشكلات، وفي هذه المرحلة يتم التأكيد على الفنيات المعرفية حتى يتمكن المسترشدين من دحض ومقاومة الأفكار السلبية والأحاديث الذاتية السلبية لديهم، كما تتضمن تدريب المشاركين على كيفية التحكم في الإستثارة الإنفعالية لديهم

عن طريق إستخدام الفنيات السلوكية مثل التدريب على الإسترخاء، والتدريب على الإستجابات التوكيدية، و الواجبات المنزلية التي تتضمن تطبيق وممارسة ما تم تعلمه وإكتسابه من مهارات الإسترخاء وتطبيقها في المنزل.

ومن الفنيات الرئيسية التي يعتمدها طريقة (مكينبوم) - **فنية الحديث الذاتي أو المحادثة الداخلية**- للتدريب عليها في التخلص من الضغوط، وهذه الفنية تقوم على فرضية " أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه إذا إستطاع التخلص من الأحاديث السلبية والإنهزامية التي يقولها لنفسه عن نفسه أثناء تعرضه للمواقف الضاغطة والمؤلمة والصادمة، وبالتالي لا بد للفرد من التعرف عليها وتحديدها وإستبدالها بأحاديث ذاتية موجبة، حيث أن هذه الأخيرة تكون مفيدة في بناء الثقة بالنفس، فعلى سبيل المثال" يستطيع الفرد أن يقول لنفسه أنا أستطيع مواجهة هذا الموقف بنجاح بدلامن القول أنا فاشل، الموقف صعب، ولن أستطيع مواجهته". وتتوقف فاعلية هذه الفنية على إقتناع الفرد بأن ما يردده من أحاديث سلبية تؤدي إلى تفاقم حدة القلق والخوف لديه ومن ثم عليه العمل على وقف هذه الأحاديث السلبية عن الذات وإستبدالها بأخرى إيجابية.

3- المرحلة الثالثة: مرحلة التطبيق

وفيها يتم تشجيع العملاء على تطبيق ما تعلموه من مهارات لمواجهة الضغوط وتنفيذها على أرض الواقع الحي أو البيئة الواقعية.فمن خلال هذا الإستخدام والتطبيق العملي للمهارات في البيئة يتم التأكد من مدى فاعليتها ومن ضمان عدم عودة الفرد إلى الشعور بالقلق والضغط، والوقاية من الإنتكاسة، وعموما فإن عملية الإرشاد والعلاج تبدأ بتحديد السلوك القديم المراد تغييره، والحديث السالب المتعلق به ومحاولة إستبداله بحديث داخلي جديد متكيف ينتج عنه سلوكا متكيفا يؤثر في تكوين بناءات معرفية جديدة لدى الفرد بدلا من القديمة، ومن ثم إحداث السلوك المرغوب، وتعميمه ومحاولة تثبيته. (أبو أسعد، 2011، 320)

ثالثا - أهمية الإرشاد المعرفي السلوكي في التخلص من الضغوط النفسية:

كما أشرنا سلفا بأن الإرشاد المعرفي السلوكي يعد شكلامن أشكال الإرشاد النفسي الحديثة نسبيا، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة.

ويستند هذا النمط الإرشادي على نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات الذي يرى أنه خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جمودا وأكثر تشويها وتصبح أحكامه مطلقة ويسيطر عليها التعميم الزائد، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه وحول محيطه والعالم محددة بدرجة كبيرة، وهناك العديد من الأساليب والفنيات التي تستخدم في الإرشاد المعرفي السلوكي بوجه عام، وتتنوع هذه الأساليب ما بين أساليب معرفية وأخرى سلوكية وهناك من يضيف إلى ذلك الأساليب الإنفعالية، ويرى الباحثون أنه من الفنيات المعرفية التي يمكن أن تستخدم في التعامل مع الضغوط الحوار الداخلي، توجيه التعليمات إلى الذات، التحليل المنطقي للأفكار، إعادة البناء المعرفي ... الخ وهي بشكل عام أساليب تساعد في السيطرة على الأفكار الهادمة والتي تظهر خلال المرور بالمواقف الضاغطة.كذلك يعد البحث عن المساندة الإجتماعية من الفنيات الإنفعالية الجيدة نظرا لما تقدمه من دعم إنفعالي للشخص في مواقف الشدة.

بالإضافة إلى ذلك توجد مجموعة أخرى من الأساليب السلوكية التي تساعد على التعامل مع الضغوط وكلها تعتمد على فكرة تعديل السلوك يتناسب مع طبيعة الموقف ومنها على سبيل المثال الواجبات المنزلية وإدارة الوقت وحل المشكلات مما يساعد الفرد على التعامل مع المواقف الحياتية. (عبد الوهاب، 2006، 93)

ويضيف دوبرت (Dubbert) إلى مجموعة الأساليب السابقة طرق أخرى سماها (الأساليب الجسمية) تساعد على التعامل مع الضغوط ولا تعتمد على العقاقير مثل تدريبات الإسترخاء والتمارين الرياضية وأجهزة الإرجاع الحيوي، وكل هذه

الأساليب تساعد على التحكم في الأنشطة الجسمية وخاصة ضربات القلب ومن ثم ضغط الدم وتوتر العضلات، مما يساعد فيما بعد على مواجهة المواقف الضاغطة دون هذه الاستجابات المؤلمة.

في الأخير يمكن الإشارة بأن هناك ثمة تفاعل بين كل من الأساليب السلوكية والإنفعالية والمعرفية، فالحوار الداخلي مع الذات والبحث عن المساندة يساعدان على جعل التفكير أكثر عقلانية وهدوءا وتجعلان من الممكن وضع خطة ذات فاعلية عالية من الممكن تنفيذها للتعامل سلوكيا مع التعامل مع الضغوط،وبغض النظر عن التصنيفات السابقة والتي يختلف الباحثون بصددها، ترى الباحثة أهمية التركيز على كيفية إستخدامها والطريقة التي يختار بها المرشد أنسبها للتعامل مع طبيعة المشكلة التي هو بصدد التعامل معها، ولذلك فإن الجلسات الإرشادية التي يعمل من خلالها المرشد على إستخدام هذه الفنيات والمزج بينها يتوقف على مجموعة من المكونات الأساسية التي يجب توفرها في كل جلسة إرشادية لعلاج الضغوط وهذه المكونات تتمثل في أربع عوامل أساسية وهي: (عوض، 2001، 117 -118)

1. **تقديم معلومات حول الضغوط النفسية والتوتر:** مما يساعد المسترشد على فهم العمليات التي تتم في الشعور بالضغط النفسي والتوتر أو القلق أو الإكتئاب،فغالبا لا يدرك المسترشدين أن لهم دورا في تعقيد مشكلاتهم وبمجرد إدراك ذلك يبدؤون في التغييرات الإيجابية، فإن معرفة ما يحدث لدى هؤلاء الأفراد يخفف من إحساسهم بالضغوط النفسية.
2. **تعلم مهارات المواجهة:** يتدرب المسترشدون على بعض المهارات اللازمة للتحكم في الضغط النفسي وتقليل التوتر، ويتضمن ذلك بعض المهارات كالتخطيط للأهداف، وإعادة التفسير للأحداث، وتعديل الأفكار الخاطئة مما يساعدهم على الإحساس بسيطرتهم على أعراض الضغط.

3.**وضع بعض المهام السلوكية المنزلية:** إن المرشد لا يستطيع سوى تقديم التدريب والنصيحة، وأن المسترشد مسؤول عن تجميع وتطبيق تلك المعلومات، وبالإضافة إلى ممارسة مهارات المساعدة الذاتية فإن الأفراد مع المرشد يضعون لأنفسهم بعض المهام والواجبات المنزلية لإنجازها، وبالنسبة للأفراد الذين يعانون الضغط فإن هذه المهام تتضمن المراقبة الذاتية والحوار الذاتي بالإضافة إلى مراقبة مستوى الضغط والتفكير في التخطيط للتغلب عليه.

4. **مقابلة بعض الأفراد من أصحاب المشكلات المتشابهة:** فعادة ما يشعر المسترشد أنه الوحيد الذي يعاني من المشكلة، وبمقابلة بعض الأفراد الذين لديهم نفس المشكلة يقل شعور الفرد بالوحدة والإختلاف وقد يساعد ذلك على التقليل من التوتر، وأيضا تقدم الجماعة الفرصة لمشاركة الخبرات كما توفر نظام إجتماعي مساند.

كما يعد إستخدام البرامج الإرشادية القائمة على الإرشاد المعرفي السلوكي مع الضغوط من أنسب الطرق التي تم إستخدامها نظرا لما تمتاز به من إستخدام للعديد من الفنيات العلاجية والإرشادية في برنامج واحد يهدف إلى مساعدة الأفراد لإكتساب العديد من مهارات التعامل مع المشكلات والإضطرابات النفسية التي يعانون منها كنتيجة للتعرض للضغوط، ولقد أكدت الدراسات على فاعلية تلك البرامج في العملية الإرشادية والعلاجية بل وحتى في منع الإنتكاسة مرة أخرى، فقد أكدت دراسات كل من سالوان (Salwan 1986)، إيدزفور (Eddisford1991)، وفوا (Foa 2000)، تارير وآخرون (Tarrier 2000)، أنتوني (Antoni 2001) على أهمية الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي في علاج الإنعصاب. (أبو زيد، 2008،164)

وكذلك توصلت دراسة لارسن (Larsen1990) وكوتي وآخرون (Cote et al) على سبيل المثال أن العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام يعد من أقل الأساليب العلاجية والإرشادية في نسبة حدوث الإنتكاسة وأن أثره يمتد لفترة طويلة بعد إنتهاء العلاج. (عبد الوهاب، 2006، 87)

رابعا- تقييم عام لنظريات الإتجاه المعرفي السلوكي :

حسب بعض الباحثين فإن قوة الإرشاد المعرفي السلوكي تنبع من منطقه ومعطياته التجريبية على الحيوان والإنسان وقابليته للقياس، ولقد لبى هذا النوع من الإرشاد تقريبا الآمال المتوقعة والواعدة في الممارسات السريرية في الإضطرابات النفسية، وبشكل خاص في إضطرابات الخوف والإضطرابات السلوكية والعادات الضارة بالصحة كالتدخين والإدمان وفي التعامل مع الضغوط النفسية والتدريب التحصيني ضد هذه الضغوط وغيرها ،وفي عملية مسح مقارنة أجرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي إتضح أن نسبة نجاح العلاج السلوكي المعرفي تجاوزت 80٪ من الحالات يقابل ذلك فقط من 40- 50٪ من العلاج التحليلي، ونسبة الإنتكاس في العلاج السلوكي لا تتعدى 7- 9٪ من الحالات بينما نسبة الانتكاس في العلاج التحليلي الديناميكي بين 20- 30٪ من الحالات . (الحجار، 2000، 55)

أما ما يؤخذ على العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام أنه يركز على الأعراض أكثر مما يركز على جذور المشكلة، وأنه لا يتعامل مع اللاشعور، وبالتالي يترك المكبوتات كما هي الأمر الذي يؤثر على المشكلة، وأنه يفيد أكثر في الحالات العصابية وتقل فاعليته مع الحالات الذهانية (رغم التطورات التي حدثت في هذا المنحى)، ذلك أن التفكير في الإضطرابات العصابية لم يتأثر بعد بنفس الدرجة التي يكون قد تأثر بها في حالة الإضطرابات الذهانية، وأن الشخصية لا تزال أكثر إنتظاما وتكون

أكثر قابلية للإيحاء مما يسهل للمرشد مهاجمة الأفكار غير المتوافقة، وكذا إستخدام الأساليب المعرفية المختلفة، كحل المشكلات، والتخيل وإعادة البناء المعرفي، والفنيات السلوكية كالإسترخاء والواجبات المنزلية، وكذا إستخدام الوسائل المختلفة في عملية التعليم النفسي والتدريب كالمحاضرات والمناقشات والحوار والتدريب على مختلف مهارات المواجهة الإنفعالية والسلوكية والمعرفية.

عدم وجود معيار موضوعي كالدين مثلا للحكم من خلاله على مدى عقلانية الأفكار أو منطقيتها فلا تزال هذه النقطة تمثل سلبية أساسية لم تعالج للآن، حيث لا يزال المعيار شخصي من جانب المرشد، كما أن بعض الأمور والأفكار تكون مقبولة في مجتمع ما ولا تعتبر كذلك في آخر، ولهذا فإن كون المعيار موضوعيا كالدين ينهي هذا الجدل القائم.

من المعروف أن الإرشاد المعرفي السلوكي بخاصة سهل التعلم والتطبيق كما يبدو لأول وهلة، فالأساس النظري يمكن إستيعابه وفهمه بسهولة، وحتى فنياته العلاجية سهلة التعلم، أما التطبيق على الأفراد المرضى خاصة من ذوي المستويات التعليمية المنخفضة يلقى صعوبات بالغة نظرا لما يركز عليه هذا المنحى من جوانب معرفية كهدف للتغيير من أجل التخلص من الإضطراب.

البنية المعرفية للفرد والتي هي هدف التغيير في الإرشاد المعرفي السلوكي ذات طابع حضاري، فالمعتقدات الدينية لا نجدها في سياق الأفكار المصححة لدى المعالجين المعرفيين الغربيين، بينما المسلمات الدينية القدرية (القضاء والقدر) هي جزء من المعتقد العربي المسلم، ولها دورها المهم في تصويب الأفكار الخاطئة وإعادة بناء المعتقد الخاطئ لدى المسترشد.

وعن مدى ملاءمة الإتجاه بنظرياته المتباينة للثقافة الإسلامية فإنه يؤخذ عليها إلى جانب ما سبق أنها تنظر إلى الشخصية على أنها عبارة عن أفكار أو تصورات تنمو مع الفرد من خلال التعلم، ويتحدد في ضوئها مدى سواء الشخصية أو عدم سوائها، في حين ينظر الإسلام إليها بشكل أشمل من ذلك يجمع فيه بين جوانبها المختلفة.

أما فيما يتعلق بالإضطراب فإنه يفسر ضمن هذا الإتجاه بأنه يرجع إلى إضطراب في التفكير والتصورات والإعتقادات، حيث يؤدي الحديث السلبي للذات أو التفكير غير العقلاني أو الأفكار التلقائية السلبية إلى الإضطراب النفسي .

مما سبق يتضح أن الإرشاد المعرفي- السلوكي يبدو سهلا لأول وهلة ولكنه عمليا صعب ويحتاج إلى مثابرة وصبر وتدريب دائم من قبل المرشد وهو كما وصفه (بيك) " بالإرشاد والعلاج البسيط المخادع".

من خلال ما سبق نستخلص أن الإرشاد المعرفي السلوكي من بين الإتجاهات الرائدة والحديثة نسبيا في علاج العديد من الإضطرابات النفسية، إذ تهدف إلى الحد من الألم النفسي والإكتئاب والقلق والمعاناة، وتنمية قدرات المواجهة لدى المسترشد كي يحقق تكيفا إيجابيا مع نفسه والآخرين وتوازنا أفضل في شخصيته عن طريق الجلسات المنظمة حيث يعتبر هذا المنحى الإرشادي تعليميا وموجها وقائما على الحوار.

وعلى الرغم من إحتواء هذا الإتجاه على العديد من النظريات فإن تناولنا في هذه الدراسة شمل ثلاثا منها، وهي نظرية (بيك)، ونظرية (أليس)، ونظرية (ميكينبوم)، حيث وجدنا أن هناك نقاط تقاطع عديدة بين هذه النظريات فيما يتعلق بالتخفيف من الضغوط النفسية من خلال إستخدام الفنيات المختلفة، معرفية- إنفعالية – سلوكية مع تفاوت في أهمية

إستخدام هذه الفنيات و في الطريقة الإرشادية المتبعة، ومن إيجابيات هذا المنحى هو تعامله مع المشكلات من منظور ثلاثي أي معرفيا وإنفعاليا وسلوكيا، حيث يعمل على تغيير أفكار ومعتقدات الفرد الخاطئة، وهذا التغيير يؤدي إلى تغيير مشاعر وإنفعالات الشخص إتجاه الموقف وهذا يقود في النهاية إلى تغير السلوك .

المصادر والمراجع

القرآن الكريم:

1. القرآن الكريم، سورة البلد .
2. القرآن الكريم، سورة الأنفال .
3. القرآن الكريم سورة البقرة .

الأحاديث النبوية الشريفة:

1. حديث شريف، أبو موسى الأشعري، في السيد سابق(1971). فقه السنة. الجزء 2، ، ط، 1، بيروت، لبنان، دار الكتاب العربي، ص 599.

المراجع باللغة العربية:

1. إدريس، سهيل. **المنهل الوسيط** . بيروت، لبنان :دار الآداب
2. الفيروزبادي، مجد الدين محمد بن يعقوب (1991)، **القاموس المحيط، فصل السين، باب الدال**، بيروت، لبنان: دار إحياء التراث العربي.
3. بدوي، أ حمد زكي (1982).**معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية** . بيروت، لبنان :مكتبة لبنان.
4. جابر، جابر عبد الحميد و كفافي، علاء الدين (1989). **معجم علم النفس والطب النفسي** .الجزء 2، القاهرة، مصر :دار النهضة العربية.
5. جابر، جابر عبد الحميد و كفافي، علاء الدين (1993). **معجم علم النفس والطب النفسي** . الجزء6، القاهرة، مصر :دار النهضة العربية.
6. دسوقي، كمال (1993). **ذخيرة علم النفس**. المجلد الأول، القاهرة، مصر : الدار الدولية للنشر والتوزيع .
7. طه، فرج عبد القادر وآخرون (1993).**موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**. ط 1 ، القاهرة: دار النهضة العربية.

8. عمار، حامد وشحاتة، حسن و النجار زينب (دس).**معجم المصطلحات التربوية والنفسية**.بيروت، لبنان: الدار المصرية اللبنانية.
9. أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2011). **تعديل السلوك الإنساني :النظرية والتطبيق** . ط 1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع .
10. أبو حطب، فؤاد و صادق، أمال (1991). **مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والإجتماعية** . ط 1، القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو مصرية .
11. إبراهيم، إبراهيم أحمد (1994). الضغوط الحياتية وعلاقتها ببعض الأمراض السيكوسوماتية .***مجلة مركز البحوث التربوية***، السنة الأولى، العدد الأول، جامعة قطر.ص ص187- 204
12. إبراهيم، زيزي السيد (2006). **العلاج المعرفي للإكتئاب**. القاهرة: دار غريب.
13. إبراهيم، لطفي عبد الباسط (1994) . **مقياس عمليات تحمل الضغوط: كراسة التعليمات** .كلية التربية، جامعة المنوفية، القاهرة، مصر .
14. إبراهيم، محمود (1992): دراسة **فعالية برنامج إرشادي عقلاني – إنفعالي في حل بعض مشكلات المراهقة لطلاب المرحلة الثانوية**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
15. إبراهيم، عبد الفتاح القرشي (1996) .دور الموارد الشخصية والإجتماعية في حماية الكويتيين من أعراض الضغوط النفسية للغزو العراقي . ط1، مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية، جامعة الكويت.
16. إبراهيم، عبد الستار (1990).**العلاج النفسي الحديث – قوة للإنسان**. سلسلة عالم المعرفة، الكويت .
17. إبراهيم، عبد الستار (1994). **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه**، القاهرة: دار الفجر.
18. أبوراسين، محمد بن حسن (2000) .نموذج سببي مقترح لتفسير مشكلات طلاب جامعة الملك خالد. ***مجلة الإرشاد النفسي***، العدد19، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة، ص ص 139- 218.

19. أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2008). **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية: موسوعة العلاج النفسي** . الجزء الثاني، القاهرة: دار المعرفة الجامعية .
20. أبو ندى، عبد الرحمان (2007). **الصلابة النفسية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى طلبة الجامعة الأزهر بغزة.** رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأزهر بغزة، فلسطين.
21. أحمد، نعمة عبد الكريم (1999). الإستراتيجية الدينية وأحداث الحياة الضاغطة، ***دراسات نفسية*** ، 9(4)، أكتوبر، القاهرة، مصر .ص ص585- 613
22. أحمد، بدرية كمال (1992) .**رؤية سيكولوجية لمرضى الشرايين التاجية**، المؤتمر الثامن لعلم النفس في مصر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، مصر.ص ص50- 83
23. أرجايل، مايكل (1993). **سيكولوجية السعادة**.ترجمة: فيصل عبد القادر يونس، سلسلة عالم المعرفة، العدد 175، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
24. إسماعيل، بشرى (2004) .**ضغوط الحياة والإضطرابات النفسية** .مصر، القاهرة :مكتبة الأنجلو مصرية.
25. باركندي، هانم حامد (1993). مستوى ضغط المعلم وعلاقته بالطمأنينة النفسية وبعض المتغيرات الديمغرافية.***المجلة المصرية للدراسات النفسية*** ، العدد6، سبتمبر، القاهرة، مصر .ص ص 28- 44
26. البرعاوي، أنور (2001). **الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة وعلاقتها ببعض المتغيرات** . رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين .موجودة على موقع:
www.iugaza.edu.ps/ara/research
27. بكار، بكار سليمان (1994). **أثر الاسترخاء العضلي كطريقة في ضبط التوتر النفسي على مركز الضبط وتقدير الذات**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، الأردن.

28. البهاص، سيد أحمد (2001). النهك النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة. *مجلة كلية التربية*، جامعة طنطا ، 1(31)، القاهرة، مصر ص ص 384- 414

29. البهاص، سيد أحمد (2006): دراسة للمساندة الإجتماعية من حيث علاقتها بتقدير الذات وبعض المتغيرات الديمغرافية لدى المراهقين ذوي لإعاقة البصرية . *مجلة الإرشاد النفسي*، العدد20، مركز الإرشاد النفسي، القاهرة؛ مصر .241- 290

30. بهنسي، محمد جلال أبو الفتوح (2005). **مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في إدارة الضغوط المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية**، رسالة ماجستير (غير منشورة)، تخصص صحة نفسية، جامعة طنطا، القاهرة، مصر.

31. بوعلاق، محمد (2009). **الموجه في الإحصاء الوصفي والإستدلالي في العلوم النفسية والإجتماعية والتربوية** ط 1، الجزائر: دار الأمل .

32. بيك، أرون (2000).**العلاج المعرفي و الإضطرابات الإنفعالية**. ترجمة: عادل مصطفى.مصر، القاهرة: دار الأفاق العربية.

33. تفاحة، جمال السيد و حسيب، عبد المنعم عبد الله (2002). الإلتزام الشخصي وإستراتيجيات التعامل مع الضغوط. *مجلة الإرشاد النفسي*، عدد15 ،جامعة عين شمس، القاهرة، مصر . ص ص258 - 301

34. تفاحة، السيد و حسيب، عبد المنعم عبد الله (2007). أبعاد الذكاء الإنفعالي وعلاقته بإستراتيجيات التعامل مع الضغوط والصلابة النفسية والإحساس بالكفاءة الذاتية. *مجلة الإرشاد النفسي*، عدد 21، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر ص ص 157- 201

35. التلاوي، أحمد السيد عبد الرزاق محمد (2002). أساليب **التعامل مع الضغوط وعلاقتها بالمعاملة الوالدية :دراسة نفسية مقارنة لدى عينتين من الفئات الخاصة** . رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب، جامعة المنيا، القاهرة.

36. جاب الله، شعبان (1993). **علم النفس الإجتماعي والصحة النفسية في** زين العابدين درويش (محرر علم النفس الإجتماعي: أسسه وتطبيقاته)، القاهرة: مطابع زمزم.

37. الجلبي، قتيبة و اليحي، فهد (1996).**العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي** . الرياض: الشركة الإعلامية للتوزيع والنشر.

38. الحجار، محمد (2000). تجربتي مع العلاج النفسي السلوكي- المعرفي على المجتمع السوري . ***مجلة الثقافة النفسية المتخصصة*** ، 11 (44)، طرابلس، لبنان. ض ض 55- 58

39. حجازي، جولتان و أبو غالي، عطاف (2010). مشكلات المسنين (الشيخوخة) وعلاقتها بالصلابة النفسية، دراسة ميدانية على عينة من المسنين في محافظات غزة . ***مجلة جامعة النجاح الوطنية للأبحاث (العلوم الإنسانية)*** ، 24(1)، غزة، فلسطين.ض ض 109 - 156

40. حمادة، لؤلؤة وعبد اللطيف، حسن (2002).الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة . ***مجلة دراسات نفسية*** ، 12(2)، القاهرة، مصر. ص ص 229- 272

41. الحمداني، موفق وآخرون (2006). **مناهج البحث العلمي: الكتاب الأول، أساسيات البحث العلمي**، ط 1، الأردن، عمان: جامعة عمان العربية للدراسات العليا .

42. حمزة، جيهان أحمد (2002). **دور الصلابة النفسية والمساندة الإجتماعية وتقدير الذات فى إدراك المشقة النفسية والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسيين فى سياق مهنة التمريض**. رسالة ماجستير غير منشورة ، قسم علم النفس بآداب القاهرة.

43. حمد، عابد مرضي (1996). **المهارات الإجتماعية في علاقتها بدرجة الإحساس بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود**.رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، السعودية .

44. حسان، ولاء إسحاق (2009) . **فاعلية برنامج إرشادي مقترح لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة** . رسالة ماجستير غير منشورة ، تخصص الإرشاد النفسي، قسم علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين.

45. حسيب، عبد المنعم عبد الله (2006). **مقدمة في الصحة النفسية**، الإسكندرية: دار الوفاء.

46. حسين، طه عبد العظيم (2004) .**الإرشاد النفسي: النظرية –التطبيق – التكنولوجيا** . ط1، عمان، الأردن: دار الفكر .

47. حسين، طه عبد العظيم وحسين، سلامة عبد العظيم (2006). **إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية**.الطبعة1 ، عمان، الأردن: دار الفكر.

48. حسين، طه عبد العظيم (2008). **العلاج النفسي المعرفي: مفاهيم وتطبيقات** . الطبعة1 ، الإسكندرية، مصر: دار الوفاء.

49. الحواجري، عبد الله تيسير (2004).**العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالقرحة الهضمية** . رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

50. الخشاب، ناجي عباس إسماعيل (2002). **دينامية العلاقة بين المساندة الإجتماعية وإرادة الحياة والاكتئاب لدى مرضى الإيدز :دراسة إكلينيكية** . رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص علم النفس، جامعة عين شمس، القاهرة

51. خليفة، عبد اللطيف محمد (2000). **الدافعية للإنجاز** . القاهرة: دار غريب.

52. الخولي، هشام عبد الرحمن (2004) .فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة الضغوط النفسية لدى معلمي التربية الخاصة. ***مجلة الإرشاد النفسي***، عدد 21، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر. ص 83- 135

53. الخطيب، جمال (2002). **تعديل السلوك الإنساني**، عمان، الأردن :دار الفلاح.

54. دانيال، عفاف عبد الفادي (2006). المساندة الإجتماعية وعلاقتها ببعض الأعراض الإكتئابية لدى الأرامل . *مجلة علم النفس العربي المعاصر*، 2 (2)، أبريل / يونيو، القاهرة، مصر .ص ص39- 83.

55. داود، نسيمه وحمدي، نزيه(1997). العلاقة بين مصادر الضغوط التي يعاني منها الطلبة ومفهوم الذات لديهم .مجلة *دراسات العلوم النفسية، الجامعة الأردنية*، 24 (2)، الأردن .ص ص 235- 266

56. دحادحة، باسم و حداد، عفاف (1998). برنامج إرشاد جمعي في التدريب علي حل المشكلات والإسترخاء العضلي في ضبط التوتر النفسي .*مجلة مركز البحوث التربوية*، جامعة قطر، عدد 13،ص ص 51- 76

57. الدردير، عبد المنعم أحمد (2005).**الأساليب الإحصائية الإستدلالية: البارامترية واللابرامترية في تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية والإجتماعية**، ط1، القاهرة، مصر العربية :دار الفكر العربي .

58. دخان، نبيل كامل وآخرون(2006) . الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة الإسلامية وعلاقتها بالصلابة النفسية لديهم. *مجلة الجامعة الإسلامية*، 14 (2) يونيو ص ص369- 398 موجودة على موقع www.iugaza.edu.ps./ara/research/

59. دسوقي، راوية محمود حسين (1991).أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالإكتئاب لدى المراهقين . *مجلة كلية التربية*، ، عدد13، أكتوبر، طنطا، مصر، ص ص301- 326 .

60. دسوقي، راوية محمود حسين (1996). النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الإجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية للمطلقات، *مجلة علم النفس*، العدد39، القاهرة، مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب.ص ص 44- 59.

61. الربيعة، فهد (1997) .الوحدة النفسية والمساندة الإجتماعية لدى عينة من الطلبة والطالبات الجامعة:دراسة ميدانية. *مجلة علم النفس*، عدد43، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.ص ص 30- 49.

62. رجب، محمد (2003). التدريب التوكيدي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى طلاب الجامعة.*مجلة الإرشاد النفسي*، جامعة عين شمس، العدد17 ، ص ص155 - 215 .

63. رجب، سمية مصطفى(2009). فعالية برنامج إرشادي لتنمية الثقة بالنفس لدى طالبات الجامعة الإسلامية. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.

64. راجح، أحمد عزت (1980). **أصول علم النفس** . مضر العربية، القاهرة: دار المكتب المصري الحديث.

65. الرفاعي، عزة (2008). **الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها** .رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة حلوان، القاهرة، مصر.

66. راضي، زينب نوفل أحمد (2008). **الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات** . رسالة ماجستير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.

67. رضوان، سامر جميل (2007). **الصحة النفسية** . ط 02، عمان، الأردن: دار المسيرة.

68. رضوان، عبد الكريم سعيد مجمد (2008).**فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى مرضى السكري بمحافظة غزة**. رسالة دكتوراه في التربية، تخصص إرشاد نفسي، كلية الدراسات التربوية، معهد البحوث والدراسات العربية، المنظمة العربية للثقافة والتربية والعلوم، جامعة الدول العربية، القاهرة، مصر .

69. الزراد، فيصل محمد خير (2008). **العلاج النفسي السلوكي**. بيروت، لبنان: دار العلم للملايين.

70. زعتر، محمد عاطف رشاد (2000). دراسة عبر ثقافية لمشكلات طلاب الجامعة .*مجلة علم النفس*، عدد53، ، السنة14، القاهرة، مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب. ص 96- 121.

71. زهران، حامد عبد السلام (1994). التوجيه والإرشاد –نظرة شاملة. *مجلة الإرشاد النفسي*، العدد 3، جامعة عين شمس، القاهرة.

72. الزواوي، رنا (1992). **أثر الإرشاد الجمعي للتدريب على حل المشكلات في خفض التوتر.** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، الأردن .

73. الطريري، عبد الرحمن (1994). **الضغوط النفسية .** الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية.

74. . الطفيلي، إمتثال زين الدين (2004).**علم النفس النمو: من الطفولة إلى الشيخوخة.** ط1، بيروت، لبنان :دار المنهل اللبناني.

75. كامل، وحيد مصطفى (2008) . **فعالية برنامج إرشادي عقلاني إنفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة.** رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم النفسية والتربوية، ببنها، جامعة الزقازيق، القاهرة، مصر .

76. كفافي، علاء الدين (1982). **مقياس بارون لقوة الأنا: كراسة التعليمات** . القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

77. مبروك، عزة عبد الكريم فرج (2005). **إستخدام المساندة الإجتماعية لتحسين التوافق النفسي والإجتماعي والصحي لدى المسنين :دراسة تجريبية.** رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة، مصر.

78. متولي، هناء عبد العظيم (2004). **بعض محددات أساليب التعامل مع المشكلات لدى طلاب الجامعة.** رسالة ماجستير (منشورة)، *دراسات عربية في علم النفس*، 1(3) يناير، القاهرة، مصر.ص ص 233- 237.

79. المحارب، ناصر إبراهيم (1993): الضغوط النفس - إجتماعية والإكتئاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان – تحليل جمعي للدراسات المنشورة مابين 1981- 1991 . *دراسات نفسية*، 3(3) يوليو، القاهرة.ص ص 335- 373.

80. المحارب، ناصر إبراهيم (2000): **المرشد في العلاج المعرفي السلوكي**. الرياض: دار الزهراء.

81. محمد، رجب علي شعبان (1995). الفروق الجنسية والعمرية في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة. ***مجلة علم النفس***، عدد 09، القاهرة، مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب.ص ص 110- 123.

82. محمد، عادل عبد الله (1995). بعض سمات الشخصية والجنس ومدة الخبرة وأثرها على درجة الاحتراق النفسي للمعلمين، ***دراسات نفسية***، 5 (2)، القاهرة، مصر.ص ص 345- 372.

83. محمد، عادل عبد الله (2000). **العلاج المعرفي السلوكي – أسس وتطبيقات**. الطبعة 1، القاهرة :دار الرشاد.

84. محمد، فؤاده (1995). دراسة مقارنة في ضغوط الوالدية لدى ثلاث شرائح من الأمهات . ***مجلة علم النفس***، العدد 33، القاهرة، مصر:الهيئة المصرية العامة للكتاب.

85. محمد، محمد سعد (2003). العلاقة بين مثيرات المشقة وتعاطي المواد النفسية . ***دراسات عربية في علم النفس***، 3 (1)، يناير، القاهرة، مصر.

86. محمود، عبد الله جاد صالح (2006). السلوك التوكيدي كمتغير وسيط في علاقة الضغوط النفسية بكل من الإكتئاب والعدوان. **مؤتمر التعليم النوعي ودوره في التنمية البشرية في عصر العولمة**، المؤتمر العلمي الأول لكلية التربية النوعية، جامعة المنصورة، 12- 13 أبريل، القاهرة .

87. مخيمر، عماد محمد (1996). إدراك القبول /الرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة، ***دراسات نفسية***، 06(02)، أفريل، القاهرة، مصر.275- 299.

88. مخيمر، عماد محمد (1997) .الصلابة النفسية والمساندة الإجتماعية متغيرات وسيطية في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الإكتئاب لدى شباب الجامعة. ***المجلة المصرية للدراسات النفسية***، 7(17)، القاهرة، الأنجلو مصرية. 103- 138.

89. مخيمر، عماد محمد (2002): **مقياس الصلابة النفسية :كراسة التعليمات.** القاهرة: دار النهضة العربية.

90. المدلل، أسامة (1991) . **أثر الإسترخاء العضلي وتوكيد الذات على المشاركة الصفية.** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا ، الجامعة الأردنية ، الأردن.

91. المدهون، عبد الكريم (2004). المساندة الإجتماعية كما يدركها المعوقين حركيا بمحافظة غزة وعلاقتها بصحتهم النفسية . ***مجلة الإرشاد النفسي***، العدد 18 ، مركز الإرشاد النفسي، القاهرة، مصر ص ص 137- 174

92. ملحم، سامي محمود (2005). **مناهج البحث في التربية وعلم النفس.** الأردن: دار المسيرة.

93. مليكه، لويس كامل (1990): **العلاج السلوكي وتعديل السلوك** . الكويت: دار القلم .

94. مليكة، لويس كامل (1999). **العلاج السلوكي وتعديل السلوك** .ط2، القاهرة :دار النهضة العربية.

95. منصور، طلعت و الببلاوي، فيولا (1989) . **قائمة الضغوط النفسية للمعلمين:كتيب التعليمات.** القاهرة:دار الأنجلو مصرية.

96. منصور، رشدي فام (1997) .حجم التأثير: الوجه المكمل للدلالة الإحصائية . *المجلة المصرية للدراسات النفسية* ، العدد 16 ،القاهرة، مصر،ص ص 57- 68

97. مقدادي، يوسف موسى فرحان (2008). فاعلية برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت .***مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية*** ، 20 (2)، يونيو ، عمان، الأردن.ص ص 260- 324

98. مقدم، فاطمة محمد الأخضر (1989). **أثر المشاركة في برنامج الإرشاد الجمعي وفي برنامج النشاط على تحسين مفهوم الذات.** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا ،الجامعة الأردنية ، الأردن.

99. المشعان، عويد سلطان (1998).مصادر الضغوط في العمل - دراسة مقارنة بين الموظفين الكويتيين وغير الكويتيين في القطاع الحكومي .*مجلة كلية التربية*، 8(21)، القاهرة: الأنجلو مصرية..ص ص 110- 142.

100. مهدي، عبد الرحمن (1995). **دراسة لمدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف مستوى الضغوط النفسية لدى المعلمين**. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، ببنها، جامعة الزقازيق، القاهرة، مصر .

101. النيال، مايسة و عبد الله، هشام (1997). **أساليب مواجهة الضغوط الحياة وعلاقتها ببعض الإضطرابات الانفعالية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة قطر** – المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر . ص85- 141.

102. الصبان، إنتصارسالم حسن (1999). المشكلات النفسية والشخصية والحاجة للإرشاد لدى بعض طالبات كلية التربية للبنات لجدة . مجلة الإرشاد النفسي، الغدد 11، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر . ص 207- 290.

103. صقر، إيمان محمد (2001). **النموذج السببي للعلاقة بين ضغوط أحداث الحياة والمساندة الإجتماعية وأساليب مواجهة الضغوط والإكتئاب لدى طلاب الجامعة** . رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق،القاهرة .

104. صايمة، ضياء الدين مصطفى(2005). **مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح في التفريغ الإنفعالي للتخفيف من أثار الخبرات الصادمة لدى طلبة الرحلة الأساسية العليا** . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين .

105. العامري، فاطمة (2000) .**فاعلية برنامج إرشادي في تنمية المسئولية الإجتماعية لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بدولة الإمارات العربية المتحدة**. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

106. عبده، عبير مازن (1991).فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تقدير الذات ومصادر الضبط لدى طالبات المراهقة الوسطى. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، الأردن.

107. عبد الخالق، أحمد (1991).قياس الإكتئاب :دراسة مقارنة بين أربعة مقاييس. *دراسات نفسية*، 1(1). يناير، ص79، 96.

108. عبد الخالق، أحمد (1993). إضطراب الضغوط التالية للصدمة بوصفه من أهم الآثار السلبية للعدوان العراقي في الكويت.، **مجلة عالم الفكر**، 22(1)، الكويت.

109. عبد الله، محمد قاسم (2001). **مدخل إلى الصحة النفسية** . الطبعة01، عمان، الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر.

110. عبد الله، هشام إبراهيم (2009). **العلاج الإنفعالي العقلاني السلوكي: أسس وتطبيقات** . الجزائر :دار الكتاب الحديث.

111. عبد الرحمن، محمد السيد (2000).**علم الأمراض النفسية والعقلية** . الكتاب الأول، الجزء الثاني، القاهرة: دار قباء للنشر والتوزيع.

112. عبد المعطي، حسن مصطفى (1992).ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية . ***مجلة كلية التربية***، 1(19)- جامعة الزقازيق، مصر.ص ص 261- 325.

113. عبد المعطي، حسن مصطفى (1994). ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها :دراسة حضارية مقارنة بين المجتمع المصري والأندنوسي.***مجلة دراسات نفسية***، عدد08 افريل،القاهرة، مصر .ص ص47- 87

114. عبد المعطي، حسن مصطفى (2006).**ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها** . ط 1، القاهرة :مكتبة زهراء الشرق.

115. عبد الظاهر، غازي عبد المنصف (1984). **الأمراض الجسمية النفسية**. القاهرة: دار المعارف.

116. عبد الوهاب، خالد محمود (2006). مدى فاعلية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين . *دراسات عربية في علم النفس*، 5(1)، القاهرة، يناير ص ص79- 144.

117. العتيبي، أدم (1997).علاقة ضغوط العمل بالإضطرابات السيكوسوماتية والغياب الوظيفي لدى العاملين في القطاع الحكومي في الكويت. *المجلة التربوية* . 5 (2)، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت ص ص 177- 229.

118. العدل، عادل محمد محمود (1995). أثر الضغوط النفسية والقلق والذكاء ونوع الطالب على القدرة على حل المشكلات . *دراسات تربوية* ، 10(08)، القاهرة: عالم الكتب،ص ص 159- 199.

119. عكاشة، أحمد (1992). **الطب النفسي المعاصر**. (ط 05)، مصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.

120. علي، علي عبد السلام (1997). المساندة الإجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات. *دراسات نفسية*، 7 (02) افريل، القاهرة، مصر .ص ص 201- 232.

121. علي، علي عبد السلام (2000). المساندة الإجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين في المدن الجامعية. *مجلة علم النفس*، العدد53، القاهرة :الهيئة المصرية العامة للكتاب. ص 6- 22.

122. علي، علي عبد السلام (2005).**المساندة الإجتماعية وتطبيقاتها العملية**. الطبعة1 ، القاهرة: النهضة المصرية.

123. العمر، بدر عمر والدغيم، محمد دغيم (2004). أثر بعض المتغيرات الشخصية والأسرية والمدرسية على مصادرو مظاهر الضغوط. *دراسات نفسية*، 14 (20)، أفريل، القاهرة، مصر .ص ص 193- 235.

124. عسكر، علي (2003). **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها** .الإسكندرية، مصر: دار الكتاب الحديث.

125. عشماوي، فيفيان (2001). **العلاقة بين التعرض لمثيرات المشقة والإصابة بسرطان الثدي – مع إشارة خاصة إلى التأثير المعدل لبعض سمات الشخصية.** رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة، مصر .

126. عوض، رئيفة رجب (2001). **ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة (التشخيص / والعلاج)** .القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

127. عوض، عباس محمود (1988). مقياس أحداث الحياة الضاغطة . **مجلة كلية التربية**، العدد 57 - جامعة الأزهر- القاهرة.ص ص 227- 247

128. العويضة، سلطان بن موسى (2006). العلاقة بين مصادر الضغوط وأساليب التدبر لدى عينة من طلبة الجامعات الأردنية .*مجلة الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية*، موجودة عل موقع www.gesten delanlt.asp/ .org.sa/

129. علام، صلاح الدين محمود (2005). **الأساليب الإحصائية الإستدلالية: البارامترية واللابرامترية في تحليل البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية**، ط 1 ،القاهرة، مصر العربية: عالم الكتب.

130. عيسى، محمد رفقي (1996): مصادر التأزم النفسي لدى معلمي اللغة العربية بالمرحلة الثانوية بالكويت وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية . ***مجلة الإرشاد النفسي***، عدد5، جامعة عين شمس، القاهرة .ص ص 147- 194

131. غانم، محمد حسن (2008). الإضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالضغوط والصلابة النفسية وبعض متغيرات الشخصية لدى مرضى السكر النوع الثاني . *دراسات عربية في علم النفس*، 6 (2)، أفريل، القاهرة، مصر.ص ص37- 113.

132. فايد، حسن علي (1991). دراسات في الصحة النفسية . ط 1- مصر، القاهرة: المكتب الجامعي الحديث .

133. فايد، حسين علي (1998). الدور الدينامي للمساندة الإجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والإكتئاب .*مجلة دراسات نفسية*، 8(3)، القاهرة، مصر.ص ص 153- 192.

134. فايد، حسن علي (2005).**المشكلات النفسية والإجتماعية: رؤية تفسيرية** .مصر، القاهرة: مؤسسة طيبة للطباعة والنشر.

135. الفرماوي، حمد علي (1990). **مستوى ضغط المعلم وعلاقته ببعض المتغيرات** . المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة . ص327_252.

136. فضل، شعبان أحمد (2008). **العلاج المعرفي السلوكي: الإستراتيجيات والتقنيات**، غريان، ليبيا: الدار الجامعية .

137. فهمي، مصطفى (1987) . **الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف**.ط2، مصر: مكتبة الخانجي.

138. فونتانا، ديفيد (1993). **الضغوط النفسية :تغلب عليها وابدأ الحياة** .ترجمة :حمدي الفرماوي ورضا أبو سريع، القاهرة: دار الأنجلو مصرية.

139. القريوتي، إبراهيم أمين و الخطيب، فريد مصطفى (2006). الإحتراق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة . *مجلة كلية التربية*، السنة 21، عدد 23، جامعة الإمارات العربية المتحدة.

140. قطب، أيمن غريب (1999). مفهوم الإلتزام الشخصي لدى عينة من طلاب الجامعة. *مجلة التربية للبحوث التربوية والنفسية والإجتماعية*، العدد84، كلية التربية، جامعة الأزهر، القاهرة.

141. سالم، حمود عوض الله (1996). دراسة لبعض المتغيرات الديمغرافية والشخصية المرتبطة بمستوى الضغط النفسي للمعلم. ***مجلة كلية التربية***، **العدد 56، جامعة الأزهر، القاهرة، مصر.ص ص 94- 167**

142. ستورا، جان بنجامين (1997). **الإجهاد أسبابه وعلاجه** .ترجمة: أنطوان الهاشم، لبنان، بيروت: منشورات عويدات.

143. السطحية، إبتسام (1992). **إستخدام العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالنمذجة في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربي الإنتباه** . رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا، القاهرة، مصر.

144. سكران، السيد عبد الدايم (1998) . أثر الخبرة وفعالية الذات العامة على الضغوط المهنية لدى معلمي المرحلة الابتدائية. ***مجلة كلية التربية***، عدد 69، جامعة الأزهر، القاهرة.ص ص283- 311.

145. سليمان، عبد الله محمود (2000)، **برامج الإرشاد النفسي وأثرها في رعاية وتنمية طلبة الجامعة ومؤسساتها** . *دراسات نفسية*، 10 (01)، القاهرة، مصر ص ص29- 42.

146. السمادوني، شوقيه (1993). **الضغوط النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة وعلاقتها بتقدير الذات**. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الزقازيق، القاهرة، مصر.

147. سعفان، محمد أحمد إبراهيم (2006). **الإرشاد النفسي الجماعي** . ط1، مصر، القاهرة: دار الكتاب الحديث.

148. سعيد، فوزية عبد الباقي عبد الحميد (2002). مستويات الإحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الإحتياجات الخاصة .***مجلة دراسات عربية في علم النفس***، 02(01) يناير، القاهرة مصر ص ص 151- 212.

149. السقا، صباح (2005).**فاعلية برنامج علاجي معرفي – سلوكي في خفض حدة أعراض الإكتئاب: (دراسة إكلينكية شبه تجريبية)** . رسالة دكتوراه غير منشورة، علم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق.

150. السقا، صباح (2008). **العلاج النفسي**، كلية التربية، جامعة دمشق.

151. السهل، راشد علي (2005). فعالية الإرشاد الجمعي السلوكي- المعرفي في ضبط السلوك العدواني لدى الأطفال :دراسة تجريبية. ***مجلة الإرشاد النفسي***، عدد19، جامعة عين شمس، القاهرة، ص ص219- 244.

152. السواط، وصل الله (2008). **النضج المهني وتنمية مهارات إتخاذ القرار المهني لـدى طـلاب الـصف الأول الثـانوي: دراسـة تجريبيـة.** رسـالة دكتـوراه غـير منشورة، تخصص علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.

153. سلامة، ممدوحة (1991). المعاناة الإقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة. ***مجلة دراسات نفسية***، الكتاب الأول، الجزء 3، القاهرة، مصر.ص ص 475-496.

154. السيد، رأفت السيد أحمد (2006).مدى فعالية أسلوب الإسترخاء مع التخيل البصري والتدريب العلاجي بالإرجاع الحيوي في خفض مستويات إضطراب القلق المعمم لدى عينة من الشباب الجامعي . **مجلة علم النفس العربي**، 2(1) يناير/ مارس، مصر: مركز المعادي النفسي . ص ص 99- 131.

155. الشربيني، زكريا (1990). **الإحصاء اللابرامتري في العلوم النفسية والتربوية والإجتماعية** . مصر، القاهرة .

156. الشربيني، زكريا (1995): **الإحصاء وتصميم التجارب في البحوث النفسية والتربوية والإجتماعية** .القاهرة :مكتبة الأنجلو المصرية .

157. الـشربيني، الـسيد كامـل منـصور (2002). بعـض المـتغيرات المرتبطـة بالضغوط النفسية والقلق والإكتئاب لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا. *دراسات عربية في علم النفس*، 02(01)، يناير، القاهرة.63- 108

158. الـشرقاوي، أنـور محمـد (1993). **علـم الـنفس المعـرفي المعاصـر** . ط1، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.

159. الشرقاوي، مصطفى خليل (1993). قياس إستراتيجيات سلوك التعامل مع المواقف الضاغطة، ***مجلة كلية التربية***، العدد 41، جامعة الأزهر، القاهرة، مصر.ص ص 53- 110.

160. الشناوي، محمد محروس (1994) . **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**.مصر، القاهرة : دار غريب .

161. الشناوي، محمد محروس (2001). **بحوث في التوجيه الإسلامي للإرشاد والعلاج النفسي**.القاهرة: درا غريب للطباعة والنشر.

162. الشناوي، محمد محروس و عبد الرحمن، محمد السيد (1994) . **المساندة الإجتماعية والصحة النفسية :مراجعة نظرية وتطبيقية**. القاهرة، مصر: الأنجلو مصرية .

163. الشناوي، محمد محروس و عبد الرحمن، محمد السيد (1998).**العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته**.القاهرة: دار قباء.

164. الشناوي، محروس و السيد ، خضر علي (1988). **الإكتئاب وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية**.المؤتمر الرابع لعلم النفس، القاهرة.

165. شكري، مايسة محمد (1999). أنماط السلوك الصحي كأساليب لمواجهة المشقة . *دراسات نفسية،* 9 (4)، القاهرة، مصر.ص ص 559- 584

166. شكري، مايسة محمد (1999).التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بأساليب مواجهة المشقة . *دراسات نفسية* ، 9(3)، القاهرة، ص ص387- 416.

167. الشعراوي، صالح فؤاد (2003). فعالية برنامج إرشادي عقلاني – إنفعالي سلوكي في تحسين مستوى الإتزان الإنفعالي لدى عينة من الشباب الجامعي . *مجلة الإرشاد النفسي*، عدد16، القاهرة، مصر.

168. شقير، زينب محمود (1997). **الضغوط النفسية والإحتراق النفسي** . *مجلة الإرشاد النفسي*، عدد6، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر. ص 47- 103.

169. شقير، زينب محمود (1998) . **مقياس مواقف الحياة الضاغطة في البيئة العربية(مصرية- سعودية)**:كراسة التعليمات . القاهرة: مكتبة النهضة المصرية .

170. شلوف، محمد مسعود عبد العاطي (2005). **مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض حدة الشعور بالإغتراب وما يرتبط به من ضغوط نفسية لدى الطلاب الجامعة الليبيين**- رسالة دكتوراه(غير منشورة)، تخصص صحة نفسية، معهد الدراسات والبحوث العربية، القاهرة، مصر .

171. شويخ، هناء أحمد (2005). **أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية** .سلسلة علم النفس الإكلينيكي، القاهرة: مؤسسة إيتراك للطباعة والنشر.

172. شيخاني، سمير (2003). **الضغط النفسي: طبيعته، أسبابه، المساعدة الذاتية والمداواة**.، بيروت، لبنان:دار الفكر العربي.

173. الشيخ، علي (2000) . **فاعلية برنامج إرشادي في الدراما النفسية في خفض التوتر وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى عينة من طلبة الصف السابع الأساسي**" . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، الأردن.

174. الهلول، إسماعيل (2007). دراسة لبعض الآثار النفسية والاجتماعية والقيمية الناتجة عن تأخر صرف رواتب معلمي الحكومة مقارنة بمعلمي الوكالة . *مجلة* **الجامعة الإسلامية بغزة**، 15(20)، يونيو . وجودة على موقع www.iugaza.edu.ps./ara/research/

175. يخلف، عثمان (2001). علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة . الطبعة01، قطر: دار الثقافة .

176. يوسف، جمعة سيد (2000). دراسات **في علم النفس الإكلينيكي** . بدون طبعة، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

177. اليوسفي، مشيرة (1990). ضغوط الحياة الموجبة والسالبة وضغوط عمل المعلم كمتنبئ للتوافق. ***مجلة البحث في التربية وعلم النفس***، 03(04)، جامعة المنيا، القاهرة، مصر.ص ص 277- 312

ثانيا- المراجع باللغة الأجنبية:

178. Andre ,M. (2001) . :**Stratégies de coping et dimension de la personnalité**:étude dans un atelier de couture ,presses universitaires de France,N=1 Tome 64 ; PP45-59. en www .cairn.info/article .php ?ID_REVUE=Soummaire .
179. Balkou,s.& Iglesias,R .(1999).**Une version canadienne française du questionnaire sur le soutien social**. université de sherbrouk. en www.uqac.ca/~llachanc/Publ/RapMFE_vf.pdf. http//
180. Block, H& Block ,J.(1998) .the role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior-**in development of cognition ,affect and social relation**. Vol13 ,pp 11-39 en www.ric.pdx.edu
181. Boudarne ,M .(2005). **le stress entre bien être et souffrance**. Alger: Berti édition
182. Boujut, E . (2007) .**facteurs prédisant le devloppement de symptômes dépressifs ,de symptômes somatiques ,de troubles des conduites alimentaires et de l'échec académique chez des étudiants de première année:** une étude de prospective en psychologie de la santé, thése de doctorat, de l'université de Bourdaux2 ,France .en www.-pau.fr/.../63763_THESE_EMILIE_BOUJUT.pdf .
183. Cox . (1982) . **Stress** .Mac millan- London
184. Gagnon,Danny (2009). **C'est quoi la thérapie cognitivo-comportementale?en** www .montreal cbtpsychologist. com
185. Delmas, Ph & Duquette,A & Bourdeau,M & Pronsot ; A.(2004) . effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la qualité de vie au travail d'infermière clinicienne . **Revue de recherche en soin infermières,** 1(1). en http/www revue inf.uqar.ca/.../InfirmiereClinicienne_**DELMAS**_vol1no1.pd
186. Dwyer ,A & Cummings ,A.(2001). Stress, self-efficacy, social support and coping strategies in university students. **Revue canadienne de counseling** , 35(3)en http//www.cjc.icaa-p.org/ ju/01html/ h3.

187. Duchet, C. (2005): **Le psychotraumatisme a l'épreuve de la résilience** . quels enjeux clinique pour nos consultation ? en http//www.infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/.../$FILE/.../ Diaporama.pd

188. Duquette A & Kérouac.S & Beaudet.L(1990) .**les facteurs relies a l'épuisement professionnel du personnel infermière:** un examen critique d'étude emperique ,université de Montèrial . en http// www .kaimh. org

189. Garmezy & Anns & Masten. (1985) .risk ,vulnerability and protective factors. **in development psychology in advances in clinical psychology** . vol 8, pp 1-52 . en http//www3.ed.brocku.ca/ojs/index.php/brocked/article/.../214

190. Gognon ,D (2009). **c'est quoi la thérapie cognitivo-comportementale ?** en http// www.montrealcbt psychologist.com

191. Jolly, A . (2002).__**stress et traumatisme -Approche psychologique de l'expérience d'enseignants victimes de violence** – thèse de doctorat Université de Reins. www.anne jolly.com/publications/these/theseannejolly.pdfen

192. Garmezy, R & Rutter ,M.(1994). **stress, risk and resilience in children and adolescents, processes ;mechanisms, and intervention.** Cambridge university press, New York .en Books?id www.books.google/ http//

193. Horvilleur ,A & Barbancey.(1988). **In les thérapeutique du stress.** Monaco: Edition du roher.

194. Jourdan, C .(2000). Intervention ecosystémique individualisé axée sur la résilience- **revue québécoise de psychologie** . 22(1). en www.rqpsy.qc.ca/ARTICLE/V22/22_1_163.pdf http//En

195. Kaddeur ,J .(2003) .L'endurance psychologique(hardiness) :Aspects définitoires ,nomologique . **European review of applied psychology**. 53(3) ,centre de psycholigie appliqué, paris, France , pp227-238 .en http//www.cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=15517862-

196. Kaiser , S .(2006) . **Qu'est-ce que la résilience ?**, université de Geréve ,Avril ;pp 26-27.en www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=INKA

197. Kobassa ,s & Maddi ,s & Khan ,s.(1982) .hardiness and health- prospective study. **journal of personality and social psychology,** 42(1), pp 168-177.en http//www. ScienceDirect.om/Science/ journal

198. Kobassa ,s & Pucceti ,M.(1983) .personality and social resource in stress resistance . **journal of personality and social psychology**, 45(1),pp 839-880.en http//www.ScienceDirect.om/Science/ journal/00223514

199. Morisette, F. (1993). **Facteurs reliés à l'épuisement professionnel des infirmières francophones œuvrant aux soins intensifs au Québec**. Mémoire de maîtrise, Faculté des sciences infirmiers, Université de Montréal. en www.assoetud.unige.ch/adepsy/doc/cours4.pdf

200. Piquenal , L .(2001). le coping une ressource a identifier dans le *soin infermière*.***Review de recherche en soin infermières,*** N° 67 Décembre. En http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/67/84.pdf

201. pronost,A . M (2007) **.la hardiess .en** http//www .grasspho.org / ?Demarch-palliative-&id-article=66 ;

202. Robert , N & Vincent , J.(2006). **devloppment d'un questionnaire oriente bien être** :pour un dialogue renforcée , Medcine du travail , Ressources humaines, laboratoire gestion du la sucurité , Institue national de recherche et de sécurité **.en** http//www.travailsolidarite.gouv.fr./**pdf**/Les_Risques_psychosociaux_V210710.**pdf**

203. Ribs ,G. (2001). **coping et stratégies d'adaptation**. laboratoire de psychologie de la santé et du développement. ***en***. *http://www.ensaap.ca/cnsaap/index?8*

204. Seidah, A .(2001) . **le rôle de la qualité du soutien social dans l'ajustement psychosocial des jeunes a l'adolescence** . rapports sur la santé, 15(1) www.cairn.info/load_**pdf**.php?ID_ARTICLE

205. Shwitzer ,B. (2001).le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. **Recherche en soin infermière,** N 67, Décembre, p p68-79 en
http//www.fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/67/68.pdf
206. Shwitzer, B. (2002).**Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes** –Dvnod
207. Shield , M. (2004). stress ,santé et bien fait du soutien social :rapports sur la santé . **revue de statistique de la santé** ,canada ,15 (1).en
http//www. dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/Statcan/82-003.../0040482-003-XIF.pdf
208. Terrisse ,B. (2000). **L'enfant résilient- perspective théorique état de la question-** colloque du programme pancanadien de recherche en éducation- Ottawa.6,7Avril. En
http://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4660/14687_114309.pdf
209. Trudel ,M & Puentes, G,Neuman.(2003) . **Les conceptions contemporaires de l'enfant a risque**: Modèles,théoriques et approches préventive auprès de la jeune enfance .en www.csse-scee.ca/CJE/Articles/FullText/.../CJE27-2-3-**trudel**.p
210. Trzepizur ,M. (2008).**Facteurs prédictifs de souffrance psychique et qualité de vie a long terme chez des patients ayant traités pour un cancer du sein non métastatique,** thèse de doctorat, Université Froncois. en:
www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie.../2008TRZEPIZUR.pdf
211. Vrendenburg,k. (1988).Depression in college students: personality and experiential. **journal of counseling** , 35(4), pp 419-42.
212. Wade,T.(1987**). Psychology**. Harper row publishers.
213. Wayne, C.(2004). **les facteurs psychosociaux et organisationnel: le soutien social**. Encyclopédie de sécurité et de santé au travail .en
www.ilo.org/safework_bookshelf/french?...nd
214. Werner ,E. (2005) . résilience and recovery finding from the Knai: longitudinal study in focalt point resarche , polcy and

practice, **In children's-mental health**, vol 19 (1), p p11-14 en www .rtcpdxiedu/

ثالثا- المواقع الإلكترونية:

1- أبو طالب، صابر (2009). **نظريات التوجيه والإرشاد** .الجامعة العربية المفتوحة، الأردن .موجودة على موقع:
www .aou .edu.jo/userfiles/filles/fil_type_doc/ED421.doc_2doc

2- الأمارة، أسعد (2006). **مشكلات نفسية- إجتماعية معاصرة**.متوافرة على موقع:
http//www.ao.academy.org/psychology.html 17/09/2006

3- الأنور، محمد البشراوي محمد (2005). **ضغوط مهنة التدريس** . متوافرة على موقع
www.maganing.com/Articles/articlessrch.asp/07-08-2005

4- ثابت، عبد العزيز وآخرون (2008). **تأثير هدم البيوت على الصحة النفسية للأطفال الذكور والصلابة النفسية في قطاع غزة**. دراسة منشورة على موقع
www.gcmhp.net/File_files/research28Oct2k7.pdf

5- ديوب، صفاء (2009).**فاعلية برنامج علاجي معرفي -سلوكي في خفض أعراض الإحتراق النفسي لدى عينة من العاملين** . موجودة على موقع
http//www.nesasy.org/content/view808/11/10/2009 -6

7- نمير، حسين (2008). **مشاهير العلاج المعرفي السلوكي – ألبرت أليس**. متوافرة على 28/07/2008
www.cbtarabia.coma/actio

8- السقا ، صباح (2009). **العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب** .محاضرة في مستشفى البشر للأمراض النفسية والعصبية . متوافرة على موقع
www.pdffactory. 25/03/2009

9- السهيمي، عبد الله (2010): **العلاج المعرفي السلوكي – السهل الميسر**. متوافر على موقع

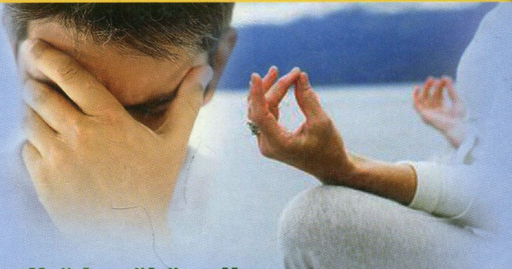
www.cbtarabia.coma/ction29/04/2010

10- الهادي، أحمد (2008). مشاهير العلاج المعرفي: آرون بيك .متوافرة على موقع

www.cbtarabia.coma/ction.22/03/2008

11- الهادي، أحمد (2008). مشاهير العلاج المعرفي: دونالد مكينبوم . متوافرة على موقع

www.cbtarabia.coma/ction.11/06/2008



الاستراتيجيات الإرشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية

دار أسامة للنشر والتوزيع
الأردن - عمان

هاتف: 00962 6 5658253 / 00962 6 5658252
فاكس: 00962 6 5658254 ص.ب: 141781
البريد الإلكتروني: darosama@orange.jo
الموقع الإلكتروني: www.darosama.net

ISBN: 978-9957-22-659-6
9 789957 226596

نبلاء ناشرون وموزعون
الأردن - عمان - العبدلي
تليفاكس: 0096265664085